



Population Reports

Amélioration de la performance



Maria Luoma, PRIME Project

Faits saillants

La formule AP offre beaucoup d'avantages	5
Leçons d'un projet pilote	7
Aider à faire de son mieux	8
Burkina Faso, Evaluation des besoins ..	10
Inde : AP aide les dispensateurs privés ..	15
Emploi du « l'arbre du pourquoi » au Ghana	17

Table des matières

Résumé succinct	1
Vue d'ensemble	3
Démarrage	11
Définir les résultats souhaités	12
Décrire les résultats acquis	13
Mesurer/décrire les manques de la performance	16
Trouver les causes profondes	16
Choisir les interventions	18
Exécuter les interventions	19
Suivre et évaluer les résultats	24
Gestion du changement	25
Bibliographie	25

Publié par le Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA

Volume XXX, Numéro 2,
Printemps 2002

L'amélioration de la performance (AP) est une méthode, utilisée pour la première fois par l'industrie, qui aide désormais à renforcer les organisations de santé reproductive. L'AP s'attache à répondre aux besoins des dispensateurs de services et de leurs collaborateurs. Quand les programmes habilite le personnel et l'amènent à faire de son mieux, la qualité des soins progresse.

Pour faire un bon travail, il faut avoir les connaissances et les aptitudes voulues, mais il faut aussi savoir quels sont les résultats escomptés et savoir s'ils répondent aux attentes. Il faut avoir de bonnes conditions de travail, jouir d'un appui solide de son organisation et être incité à bien faire.

Quand le travail n'est pas bon, il y a pour cela, en général, un certain nombre de raisons. La formule AP peut aider les organisations à les identifier et à en tenir compte. L'amélioration de la performance est utile dans un milieu pauvre en ressources car elle attire l'attention sur des problèmes dont les causes sont souvent négligées, par exemple de vagues attentes ou des retours d'information peu fréquents, problèmes dont la solution n'exige pas nécessairement beaucoup d'argent. L'amélioration de la performance sert essentiellement à résoudre des problèmes, mais elle peut aussi aider à définir une nouvelle mission ou aider le personnel à aborder de nouvelles tâches ou à s'accoutumer à de nouvelles normes.

Une méthode systématique

Les organisations de soins de santé reproductive se servent de l'amélioration de la performance par le biais de leurs parties prenantes — membres du personnel, clients, gestionnaires et autres que concerne un problème de performance ou qui veulent le résoudre. A leur tour, les parties prenantes ont en général besoin de recevoir une aide d'adjuvants ou de moniteurs — qui sont des membres du personnel ou des consultants ayant la formation ou l'expérience de la méthode d'amélioration de la performance. La méthode AP est exhaustive ; elle commence par des recherches et se termine par une évaluation des solutions :

1. Examen du contexte institutionnel du problème de la performance et encouragement d'un accord sur les objectifs de la méthode AP.
2. Définition de la performance souhaitée.
3. Description de la performance acquise.
4. Mesure ou description du manque de la performance.
5. Recherche des causes profondes du manque de résultats et liens entre ces causes et des facteurs de performance, tels que les incitations, ou les connaissances et aptitudes.
6. Choix des interventions pour s'attaquer aux causes profondes.
7. Exécution des interventions.
8. Suivi et évaluation de la performance.

L'amélioration de la performance encourage l'emploi de « pratiques optimales » fondées sur des preuves. Au lieu de procéder par tâtonnement, la méthode préconise une démarche systématique. Au lieu de deviner ou de formuler hâtivement des conclusions au sujet des raisons qui conduisent à de mauvaises performances, les gestionnaires peuvent employer des techniques analytiques. Alors qu'on a tendance à recourir à des solutions bien connues, la méthode AP fait intervenir des liens parfaitement rationnels entre les causes profondes, les facteurs de performance et les solutions.

Expérience grandissante

Après avoir commencé par un projet pilote, en 1998, des organisations de santé reproductive se sont servies de la méthode AP pour :

- Répondre aux demandes de clients qui voulaient améliorer les services de santé reproductive (République dominicaine) ;
- Savoir pourquoi, en dépit de leur formation, des dispensateurs ne suivent pas les directives de prévention de l'infection (Ghana) ;
- Effectuer des évaluations des besoins nationaux en soins de santé reproductive, examiner des problèmes d'organisation pratique et établir les priorités (Arménie, Burkina Faso, Nigeria et Tanzanie) ;
- Définir des normes de soins et aider les dispensaires à respecter les normes d'octroi de licences ou d'accréditation (Guatemala et Honduras) ;
- Aider à décentraliser les services de santé (Tanzanie) ;
- Identifier les obstacles auxquels se heurtent les sages-femmes communautaires (Yémen) ; et
- Mettre sur pied des stimulants amenant les dispensateurs privés à mieux conseiller leurs clients au sujet de la planification familiale et à leur fournir des services (Inde).

L'amélioration de la performance est une formule globale. Elle habilite et encourage les gens à jeter leurs regards au-delà des causes des problèmes pratiques devant lesquels ils sont impuissants, ou presque, et à assumer eux-mêmes la responsabilité d'améliorer les services. Le personnel, les agents d'encadrement, les clients et les agents communautaires travaillent alors de concert pour évaluer les besoins et trouver des solutions. S'il le faut, ils recherchent l'aide d'experts en communication, en logistique, en gestion et en formation.

L'amélioration de la performance promet d'être un puissant élément additionnel des méthodes d'amélioration qualitative dont disposent les programmes de santé reproductive. Elle peut aider à résoudre des problèmes de performance grâce à des solutions bien conçues qui permettent à des agents plus productifs et mieux satisfaits de donner de meilleurs soins de santé reproductive à des clients plus heureux.

Avis aux lecteurs : Le présent rapport s'adresse à deux publics. Le premier chapitre présente une vue d'ensemble aux gestionnaires qui prendront la décision d'employer l'amélioration de la performance et doivent en connaître les principes fondamentaux, les coûts et les résultats escomptés. Le reste du rapport donne le détail de chaque modalité et indique les outils et les techniques dont pourront se servir les lecteurs qui pourraient jouer le rôle d'adjuvants ou de moniteurs d'AP.

Le présent rapport a été préparé par Robert E. Lande. Bryant Robey, rédacteur en chef. Stephen M. Goldstein, Rédacteur général. Mise en page : Linda D. Sadler. Production : John Fiege, Peter Hammerer, Mónica Jiménez et Deborah Maenner.

Nous remercions les personnes suivantes qui ont bien voulu examiner le projet de texte : Robert Ainslie, Thada Bornstein, Maj-Britt Dohlie, Barbara Felling, Alfredo Fort, Kama Garrison, James Griffin, Michelle Heerey, Wanda Jaskiewicz, Sarah Johnson, Benjamin Lozare, Marc Luoma, James McCaffery, Alice Payne Merritt, Erin Mielke, Jerome J. Peloquin, Malcolm Potts, Gregory Roche, Sharon Rudy, Pramilla Senenayake, J. Joseph Speidel, Richard Sullivan et Lauren Voltero.

Population Information Program Center for Communication Programs The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Jane T. Bertrand, PhD, MBA, Professeur et Directrice, **Center for Communication Programs** et enquêteur principal, **Population Information Program (PIP)**

Ward Rinehart, Directeur de projet, PIP

Linda D. Sadler, responsable de la rédaction des éditions en langues étrangères des **Population Reports**

Ann W. Compton, Directrice adjointe, PIP, et Chef des services numériques informatisés POPLINE

Hugh M. Rigby, Directeur associé, PIP et Chef du centre d'information médias/matériaux

Population Reports (USPS 963-150) is published four times a year (winter, spring, summer, fall) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, by the Population Information Program of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland and other locations. Postmaster to send address changes to **Population Reports**, Population Information Program, Johns Hopkins Center for Communication Programs, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Population Reports a pour mission de présenter un tableau d'ensemble exact et fiable des faits nouveaux importants qui interviennent dans le domaine de la population. Les vues qui y sont exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, ou celles de l'Université Johns Hopkins.

Publié avec le soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), Global, GH/POP/PEC, conformément aux conditions du Don No. HRN-A-00-97-00009-00.



Vue d'ensemble

La plupart des gens pensent qu'ils pourraient faire un meilleur travail. Ils pourraient travailler davantage, obtenir de meilleurs résultats et plus rapidement, et commettre moins d'erreurs. La formation peut aider, mais pas toujours et pas à elle seule, parce qu'un manque de connaissances et de savoir-faire n'est peut-être pas le problème, ou le seul problème. En matière de soins de santé, comme dans d'autres secteurs, les employés ont besoin de recevoir de leurs organisations un soutien qui va au-delà des connaissances et du savoir-faire. Par exemple, beaucoup de gens ne savent pas exactement ce qu'on attend d'eux, ou ont besoin d'un espace de travail suffisant, d'un matériel de pointe ou d'une source fiable d'approvisionnement. Certains ont besoin qu'on les récompense quand ils font un excellent travail.

L'amélioration de la performance (AP) est une méthode qui aide les organisations à créer les conditions d'une forte productivité de leurs employés. Utilisée par l'industrie depuis les années 1960, l'amélioration de la performance est en train d'être adaptée dans les pays en développement par des organisations qui fournissent des soins de santé reproductive et des soins généraux de santé primaires. Durant cette phase d'introduction, l'amélioration de la performance donne des résultats prometteurs. Elle a aidé à renforcer la qualité des soins, à encourager la collaboration entre organisations de santé reproductive, et à identifier les priorités de développement des programmes. Les spécialistes poursuivent les essais et perfectionnent la méthode, tandis que les organisations de santé reproductive adaptent ses principes en fonction de leurs besoins particuliers. L'amélioration de la performance est utile dans les milieux pauvres en ressources car elle apporte des solutions peu coûteuses à des problèmes concrets. Plusieurs facteurs que méconnaissent d'ordinaire les organisations n'appellent pas nécessairement des solutions coûteuses ; par exemple, on peut fournir aux employés des directives indiquant clairement ce qui est attendu d'eux et procéder fréquemment à des évaluations de leur travail.

La méthode AP élargit les choix offerts aux organisations de santé reproductive qui veulent améliorer leurs services (voir **Population Reports, Programmes de planification familiale : Améliorer la qualité**, Série J, No. 47, Novembre 1998). D'autres formules sont la recherche opérationnelle (RO), dont on se sert beaucoup depuis les années 1970 à propos de santé reproductive, et des initiatives lancées durant les années 1980 et 1990, telles que l'amélioration de la qualité et COPE (selon le sigle anglais signifiant Orienté vers la qualité, efficace pour le dispensateur). Ces formules varient quelque peu sur le plan théorique et en fonction des outils employés pour analyser la performance. Elles apportent toutes cependant un important avantage du fait qu'il s'agit de méthodes systématiques qui permettent d'approfondir les causes des problèmes et de leur trouver des solutions.

La méthode AP

L'amélioration de la performance permet de mieux comprendre que l'organisation est un ensemble de fonctions et de personnes interdépendantes. Le système réagit aux influences du milieu — et notamment aux besoins des clients — et trans-

forme les ressources en produits ou en services. Dans une bonne organisation, la structure, les buts et les stratégies sont alignés sur les méthodes qui débouchent sur la performance et sur les résultats qu'obtiennent les employés (142).

Il est essentiel de s'attacher à la performance. Une performance n'est ni un comportement ni une connaissance, mais plutôt le résultat d'un comportement et de connaissances. Dans la plupart des cas, on peut mesurer la performance (48).

S'il y a des problèmes de la performance, ils dénotent d'ordinaire l'existence de faiblesses dans le soutien que les organisations apportent à leur personnel, plutôt que des problèmes de personnel proprement dits (48, 142). L'amélioration de la performance conduit les organisations à envisager les problèmes dans un contexte systémique et à s'occuper de tous les éléments qui renforcent la performance.

L'amélioration de la performance est inclusive. Y participent tous ceux que touche le problème de la performance ou qui souhaitent intervenir dans sa solution. Ces participants ont reçu le nom de parties prenantes, au premier rang desquelles figurent les propres membres du personnel et leurs clients. D'autres parties prenantes sont souvent les hauts responsables de l'organisation, le personnel d'encadrement des employés et les bailleurs de fonds. D'ordinaire, les parties prenantes ont besoin d'être aidées par des moniteurs, qui ont appris à améliorer la performance et en ont fait l'expérience pratique.

En matière de soins de santé reproductive, les moniteurs d'AP procèdent par étapes (voir Figure 1, page suivante). L'amélioration de la performance apporte une série d'avantages (voir encadré, p. 5). Beaucoup de problèmes d'organisation ont des causes qu'on ne peut découvrir sans la réflexion systématique et générale qu'encourage la méthode AP. La méthode d'amélioration de la performance par étapes aide les parties prenantes à organiser et à analyser les informations avant de décider des mesures à prendre. Elle décourage les approximations au sujet des causes des problèmes de performance ou empêche de choisir prématurément des solutions. En son absence, les responsables peuvent critiquer injustement leur personnel pour des problèmes de performance, proposer des solutions peu efficaces, ou suggérer une solution alors qu'il en faudrait plusieurs (4, 63, 101, 141).

Application de la méthode AP

Depuis 1998, des organisations de soins de santé reproductive de plus d'une douzaine de pays se servent de la méthode d'amélioration de la performance pour résoudre des problèmes pratiques qui font intervenir des dispensateurs de services, le personnel d'encadrement, le personnel d'appui, le personnel logistique et des formateurs (voir tableau 1) (46, 79, 91, 130, 131, 135). Cette méthode AP a aidé ces organisations :

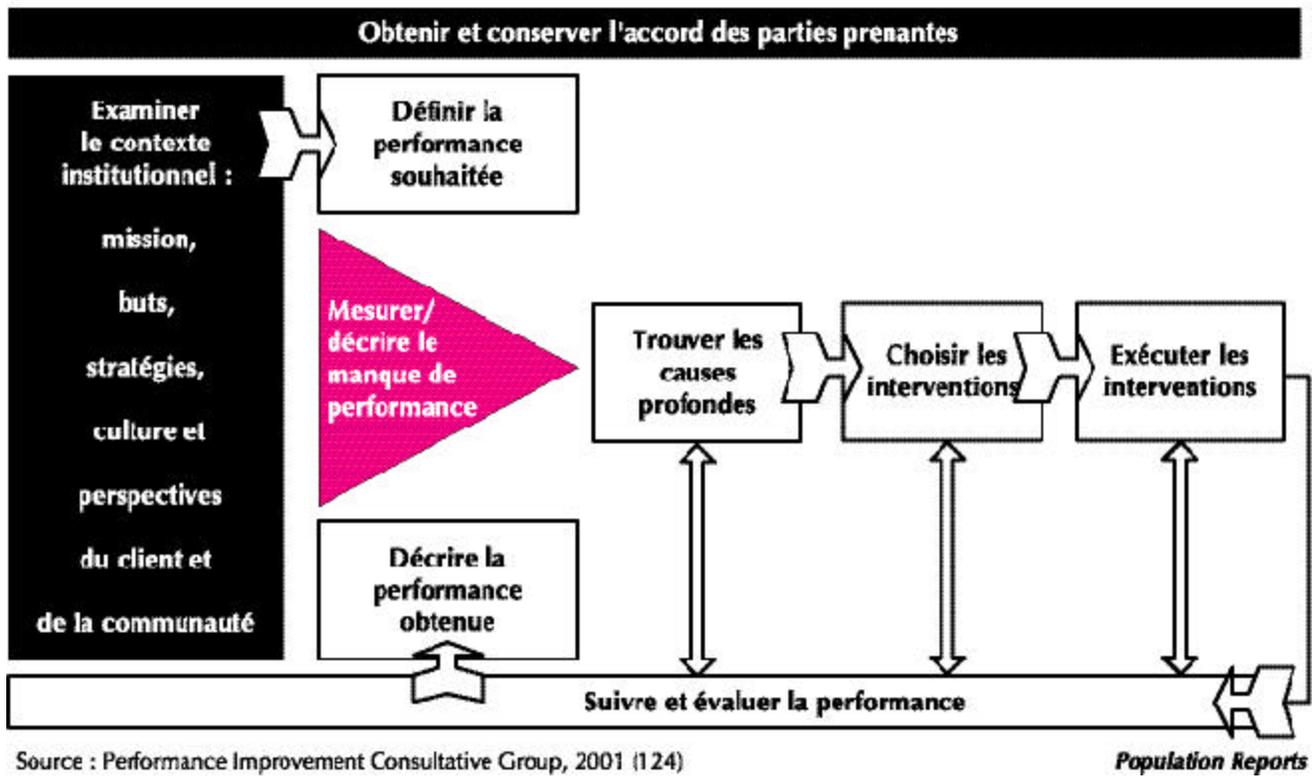
- A répondre à leurs clients qui, en République dominicaine, demandaient une amélioration des services — et, en particulier, un traitement plus attentionné. L'Institut dominicain de sécurité sociale (IDSS) est l'une des nouvelles organisations qui, dès le début, ont eu recours à la méthode AP pour parvenir à améliorer les services de santé reproductive (voir encadré p. 7).



Au Ghana, le Ministère de la Santé emploie la formule AP pour renforcer le soutien apporté par l'organisation à l'encadrement. On voit ici une réunion du personnel des soins de santé organisée pour parler des résultats souhaités.

Marc Luoma, Prime Project

Figure 1. La méthode d'amélioration de la performance



Une méthode pour renforcer les réalisations par étapes

1. Examiner le contexte institutionnel du problème de la performance et obtenir l'accord des parties prenantes.

Les moniteurs examinent la mission, les buts, les stratégies et la culture de l'organisation, ainsi que les perspectives des clients et des communautés. Ils encouragent et entretiennent l'accord des parties prenantes à propos de l'objectif de la méthode AP et des plans prévus pour s'attaquer au problème de la performance.

2. Définir, si possible en des termes mesurables, la performance souhaitée. La performance souhaitée tient compte des normes internationales ou nationales et des perspectives des parties prenantes. La description de la performance souhaitée donne à la méthode un ensemble réalisable d'objectifs.

3. Décrire la performance acquise. La description de la performance acquise se fonde sur des observations et des entretiens avec des employés et des clients, et sur des examens de dossiers cliniques et d'autres documents.

4. Mesurer ou décrire le manque de résultats. La différence entre la performance souhaitée et la performance acquise est appelée manque de résultats.

5. Trouver les causes profondes du manque de la performance. Les parties prenantes examinent les raisons de ce manque et en identifient les raisons principales, ou les causes profondes. La plupart des causes profondes peuvent être liées à des facteurs qui aident les employés à faire leur travail : perspectives d'emploi ; information en retour au sujet de la performance (y compris notations officielles, commentaires de supérieurs, de collègues ou de clients, et auto-évaluation) ; espace de travail ; fournitures ; ou matériel ; incitations ; soutien de l'organisation ; et connaissances ou savoir-faire (voir

encadré p. 8). Les organisations de santé reproductive ont identifié des faiblesses de tous les facteurs de performance, le plus souvent à propos des connaissances et du savoir-faire, des expectatives, et des fournitures et du matériel (128). On aide les parties prenantes à trouver des solutions qui s'attaquent aux causes profondes si on relie les causes de manque de résultats à des facteurs précis.

6. Choisir les interventions. Les parties prenantes avancent des idées de solutions pour s'attaquer aux causes profondes des manques de la performance et aux facteurs qui leur sont liés. Ces solutions peuvent être tirées d'examen des pratiques optimales. Les parties prenantes classent alors et choisissent ces interventions en fonction des coûts, des avantages ou d'autres critères.

7. Exécuter les interventions. Les employés ou les consultants qui réalisent ces solutions doivent avoir de bonnes aptitudes de gestion de projet — planification, établissement des calendriers, établissement du budget, recrutement, supervision et comptes-rendus (49, 159).

8. Suivi et évaluation de la performance. Des employés ou des consultants maintiennent les solutions sur le droit chemin et guident les changements d'organisation qui doivent être mis en place pour appuyer et perpétuer les solutions, d'ordinaire avec l'aide des cadres supérieurs. Pour évaluer les résultats, ils observent de nouveau les résultats acquis et mesurent de nouveau le manque de résultats pour voir quel est l'effet des solutions.

La méthode AP peut être employée par cycles. La performance observée et évaluée à la fin du premier cycle devient le résultat acquis du cycle suivant.

- A trouver pourquoi, au Ghana, les dispensateurs ne suivaient pas les directives de prévention de l'infection qu'on leur avait inculquées.
- A décentraliser en Tanzanie les services de santé en renforçant les Centres de formation de zone.
- A examiner pourquoi, au Kenya, les agents à qui on avait appris à donner des soins après l'avortement ne mettaient pas leur savoir-faire à profit.
- A effectuer en Arménie, au Burkina Faso (voir encadré p. 10), au Nigeria et en Tanzanie, des évaluations des besoins en soins de santé reproductive, à examiner les problèmes d'organisation qui entravaient les résultats et à prendre des décisions concernant les priorités.
- A définir les qualifications et l'organisation d'appui de nouveaux distributeurs à base communautaire du Burkina Faso.
- A améliorer dans les écoles de sages-femmes du Ghana la formation clinique avant l'entrée en service.
- A identifier les obstacles qui entravent la prestation de services par les sages-femmes communautaires du Yémen.
- A mettre sur pied des stimulants pour amener en Inde les praticiens privés à conseiller leurs clients au sujet de leurs besoins en planification familiale et à leur fournir des services (voir encadré p. 15).

La méthode AP a également encouragé les organismes qui travaillent avec l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) à apporter leur collaboration pour analyser les manques de résultats et leurs causes profondes et à mettre au point et à appliquer des solutions dans leurs domaines de compétence, tels que les communications, la logistique, la gestion et la formation (46, 91, 120, 135, 136).

Gestion de la méthode AP

Les cadres supérieurs sont bien placés pour mettre en œuvre la méthode AP car ils ont une vue d'ensemble de l'organisation (143). Cependant, si l'initiative est laissée à d'autres personnes, les cadres supérieurs ont, à tout le moins, l'obligation d'appuyer les efforts de leur aval et d'apporter leur soutien ; ils doivent participer à toutes les grandes étapes, par exemple, quand il s'agit de définir les résultats souhaités.

La gestion du changement — et notamment de la résistance qui l'accompagne souvent — est également une responsabilité de la direction. La résistance peut venir d'employés qui craignent d'avoir à faire un travail supplémentaire sans être mieux rémunérés. Les administrateurs doivent impartir une vision dynamique de l'organisation et faire ressortir l'urgence d'un changement. En décidant de recourir à la méthode AP, les cadres supérieurs doivent aussi tenir compte des aptitudes des moniteurs, de l'emploi du temps des employés et des coûts.

L'application de la méthode AP exige qu'on comprenne parfaitement ses rouages et que le projet soit bien géré. En règle générale, les moniteurs doivent savoir comment communiquer, doivent pouvoir susciter la confiance à l'égard de la méthode et inspirer leurs collaborateurs à participer à sa performance ; ils doivent aussi savoir comment organiser des réunions, négocier, créer un consensus et mobiliser le personnel et les ressources (129). Ils doivent savoir écouter et encourager un débat serein au sujet de questions qui sont souvent difficiles. Les moniteurs ont besoin de faire preuve de tact pour empêcher les parties prenantes d'agir prématurément quand il s'agit de définir les causes de problèmes de fonctionnement et de choisir des solutions. Ils ont également besoin de tact pour persuader les responsables d'abandonner une partie de leur autorité et de laisser décider les parties prenantes.

Une ou deux personnes peuvent suffire pour réaliser un petit projet AP, mais toute une équipe peut être nécessaire pour les projets plus importants. Si possible, un minimum de deux personnes doit aider à appliquer la méthode, ce qui leur permet ainsi de comparer des idées et de partager les travaux. Les

moniteurs peuvent être remplacés quand on a besoin de compétences différentes pour exécuter tel ou tel travail. Au début, les moniteurs doivent savoir bien écouter, négocier et créer un consensus. A la fin, pour aider le personnel de l'organisation à exécuter et à évaluer des solutions, les moniteurs peuvent

(suite page 8)

Avantages de l'amélioration de la performance

L'amélioration de la performance offre un certain nombre d'avantages aux organisations qui veulent améliorer les services de santé reproductive. L'amélioration de la performance est :

Globale

- Elle fait intervenir tous ceux qui ont à voir avec elle, y compris les clients et les collectivités. Ce sont les parties prenantes qui y jouent le rôle central (102, 124).
- Elle conduit les employés à définir ce qu'est leur travail, ce qu'il devrait être et comment il contribue aux buts de l'organisation (142).
- Elle encourage les employés et les cadres à se mettre d'accord au sujet des mesures de la performance (102, 142).
- Elle encourage les organisations et les services publics à grouper leurs compétences et à collaborer pour analyser et résoudre les problèmes de la performance (46, 91, 165).

Logique et systématique

- Elle commence par un débat entre parties prenantes pour décrire le problème et se mettre d'accord au sujet des résultats désirés (102).
- Elle passe par étape de l'analyse des manques de résultats et de leurs causes à la conception et au choix de solutions, à leur mise en œuvre et à leur évaluation (102, 124, 159).
- Elle décourage les conclusions hâtives concernant les causes des manques de résultats et leurs solutions possibles (48, 94, 142, 159).
- Elle oriente les parties prenantes vers la recherche des causes dans tous les éléments d'une organisation — structure, buts, gestion, affectation des ressources et méthodes de travail — sans se borner aux seuls résultats obtenus par les divers membres du personnel (1, 94, 142, 159).

Empirique

- Elle exige des observations et des recherches pour comprendre les problèmes de performance et en mesurer les carences (46, 91, 102, 140).
- Elle oriente les parties prenantes vers des solutions reposant sur l'expérience et les pratiques optimales (162).
- Elle s'attache aux résultats, de préférence au comportement et à l'effort (46).
- Elle offre une méthode objective et mesurable permettant d'évaluer les interventions en comparant les résultats à la performance souhaitée à l'origine par les parties prenantes (46, 91, 162).

Analytique

- Elle amène les parties prenantes à ne pas se borner à la surface des choses et à rechercher les causes profondes des problèmes de performance (102, 124, 159).
- Elle encourage les cadres à envisager des solutions autres que la formation aux problèmes de performance (41, 94, 102, 142).

Habilitant

- Elle encourage les employés à regarder au-delà des causes sur lesquelles ils n'ont aucune influence, à trouver des causes qu'ils peuvent modifier et à s'occuper eux-mêmes d'améliorer les services (63).

Tableau 1. Amélioration des soins de santé reproductive

<i>Pays, organisation, année</i>	<i>No. de réf.</i>	<i>But</i>	<i>Résultats/Situation</i>
Burkina Faso Équipe de gestion de district (EGD) et services de soins de santé de Koupéla 2000–	66	Améliorer la planification et l'encadrement de l'EGD, améliorer les aptitudes des dispensateurs de soins de santé materno-infantile, mettre en place les modalités d'amélioration de la performance.	Manque de planification des projets de l'EGD, encadrement peu fréquent, faible participation communautaire à la solution des problèmes et à la diffusion des résultats ; pour les problèmes d'encadrement, recommandation d'une formation visant à renforcer les aptitudes d'encadrement et à préciser les résultats attendus.
Burkina Faso Direction de la santé familiale, Ministère de la Santé, 1998	114	Identifier les besoins des distributeurs à base communautaire afin d'ajouter à leurs fonctions des services de santé reproductive.	A constaté un manque de stimulants financiers, de fournitures, de connaissances, de savoir-faire et d'encadrement ; il faut établir des stimulants et un encadrement avant de donner une formation visant à améliorer les connaissances et le savoir-faire.
Ghana Div. de la santé familiale, Ministère de la Santé, 2001–	130	Renforcer dans 3 régions les aptitudes d'encadrement des équipes régionales de ressources.	Renforcer le soutien que l'organisation apporte à l'encadrement.
Ghana Ministère de la Santé, 2000–	20	Encourager les dispensateurs du Ministère à suivre les directives de prévention de l'infection.	A aidé à organiser une réunion d'une demi-journée : les participants ont défini 7 domaines qui avaient besoin de renforcement, dont l'encadrement, la formation des gestionnaires et des administrateurs, et la normalisation de l'achat de décolorant.
Ghana Ministère de la Santé, 2001–	43	Améliorer les compétences cliniques du personnel des centres de formation des infirmières et l'éducation des sages-femmes avant leur entrée en service.	Définition de la performance souhaitée et mesurable, observation des résultats acquis et analyse des causes du manque de résultats ; choix et exécution des interventions.
Kenya Asso. pour la planification familiale du Kenya : 2001–	164	Renforcer les compétences des dispensateurs de soins après l'avortement.	Evaluation des besoins ; définition des résultats souhaités et des indicateurs de résultats.
Malawi Ministère de la Santé et de la population, 2001–	44	Améliorer la prévention de l'infection par les employés.	Evaluation des résultats acquis.
Nigeria Mission de l'USAID, 2000	46	Evaluer dans 3 états les dispensaires de planification familiale relevant de services publics et d'ONG ; aider à formuler une stratégie qui renforce les services de santé génésique.	A constaté des lacunes dans l'existence de services et de produits, un manque de propreté, de médiocres aptitudes aux conseils, une médiocre prévention de l'infection et une mauvaise tenue des dossiers.
Sénégal Ministère de la Santé, 2001	44	Améliorer les services de soins après l'avortement donnés par les dispensateurs de l'Hôpital du Roi Baudouin à Dakar.	A analysé les causes profondes ; a choisi les interventions.
Tanzanie Section de la santé reproductive et de la santé de l'enfant, Ministère de la Santé, 2001–	135, 136	Evaluer les perceptions et les attentes des collectivités en matière de services de soins de santé ; travailler avec les centres de formation des zones pour décentraliser la formation et améliorer la qualité des services de santé reproductive et infantile.	Evaluation des besoins et recommandations concernant l'accès, l'environnement et la qualité des services ; définition des résultats souhaités dans huit secteurs pour renforcer les centres de formation des zones.
Arménie Ministère de la Santé 2001–	86	Travailler avec les décideurs à propos des normes de soins et avec les médecins et infirmières sages-femmes au sujet de la qualité des services ; informer les clients et les collectivités et les faire participer.	Performance des évaluations des résultats ; élaboration de politiques et de normes des services de santé reproductive.
Inde Innovations des états, dans l'Agence de services de planification familiale (SIFPSA) ; 1999	90	Dans l'Uttar Pradesh, aider les systèmes de médecine et les infirmières soignantes indigènes à offrir des services de planification familiale.	Identification des raisons de la résistance des praticiens à offrir, malgré leur formation, des services de planification familiale ; recommandation de méthodes permettant de s'attaquer aux causes profondes, notamment le manque de stimulants financiers pour consacrer du temps aux consultations avec les clients.
Yémen Ministère de la Santé publique, 1999–	131	Renforcer les compétences des sages-femmes communautaires pour donner des soins de santé reproductive.	Evaluation des besoins ; renforcement de l'encadrement des sages-femmes communautaires et de leurs possibilités de perfectionnement personnel ; mise en place d'un programme de licences.
Guatemala Ministère de la Santé, 2000–	99, 113	Améliorer les soins de santé maternelle et néonatale grâce à l'accréditation des hôpitaux, des centres de santé et des postes sanitaires de sept districts.	Application de solutions, telles que les pratiques recommandées de l'OMS pour la gestion du personnel hospitalier ; les hôpitaux ont mieux appliqué 77 critères dans l'intervalle entre l'enquête de base et la première enquête de suivi.
Honduras Ministère de la Santé, 2001–	38	Aider le ministère à certifier, dans la province d'Olancho, 200 établissements de santé publics et privés.	A constaté des problèmes avec la plupart des facteurs de performance ; a trouvé des solutions et estimé les coûts et avantages, a recommandé de renforcer l'encadrement, le soutien apporté par l'organisation et les stimulants.
République dominicaine Institut dom. de la sécurité sociale (IDSS), 1998–1999	91, 120	Renforcer les services de santé reproductive offerts par les dispensateurs dans les établissements de l'IDSS de 2 provinces.	Réduction des manques de résultats des consultations, connaissance des services de santé reproductive et fourniture de contraceptifs.

Population Reports

Une étude de cas d'AP — L'Institut dominicain de la sécurité sociale

Afin de répondre aux demandes des clients qui souhaitaient une amélioration des services de santé reproductive, l'Institut dominicain de la sécurité sociale (IDSS) a réalisé, en 1998 et 1999, un projet pilote qui utilisait la formule d'amélioration de la performance. Pour décrire les lacunes, les moniteurs se sont entretenus avec des directeurs de centres de santé, des dispensateurs de services et des administrateurs de l'IDSS et ont organisé des débats d'expression avec des clients. Les moniteurs, qui étaient membres du projet PRIME, ont identifié six lacunes. Un groupe de 26 parties prenantes — dispensateurs, directeurs, cadres régionaux et autres — ont classé les lacunes par ordre d'importance, en ont analysé les causes et ont pris des décisions pour y porter remède.

Les parties prenantes ont estimé que l'absence d'un traitement attentif des clients devait recevoir la plus haute priorité. Pour chiffrer cette lacune, les moniteurs ont établi un questionnaire comportant 12 indicateurs de traitement attentif et ont effectué une enquête de base durant laquelle des clients et des observateurs ont classé les dispensateurs. Les clients ont estimé que les dispensateurs méconnaissaient, en moyenne, 5 indicateurs sur 12 et les observateurs ont constaté pour leur part qu'il s'agissait en moyenne de 8 indicateurs.

A propos des causes profondes, les parties prenantes ont observé qu'on n'évaluait pas les dispensateurs en fonction de la façon dont ils traitent leurs clients (par le biais des perspectives d'emploi et de l'évaluation des résultats), qu'on ne leur accordait aucun avantage s'ils traitaient leurs clients avec délicatesse (stimulants) et qu'ils ne savaient pas comment bien traiter leurs clients (connaissances et savoir-faire). Les parties prenantes ont retenu six méthodes possibles de s'attaquer aux causes profondes et ont estimé dans chaque cas les pourcentages de coûts-avantages (91, 120). On peut représenter les conclusions des parties prenantes sur un formulaire de spécifications de l'Amélioration des résultats (voir figure 2).

Comblent la lacune

Afin de préciser les attentes, un comité de 10 parties prenantes a établi des directives de traitement attentif. Se fondant sur les conclusions de réunions d'expression avec des clients, le comité a identifié quatre éléments d'un traitement attentif : attitude amicale, respect de la vie privée et confidentialité, informations suffisantes et solution de problèmes.

Environ 50 dispensateurs ont examiné et approuvé ces directives (91). L'IDSS a reproduit les directives sur une affiche afin d'informer les dispensateurs et les clients des nouvelles orientations de traitement attentif. Les directives ont également été utilisées dans un plan d'étude et ont été inscrites sur une fiche sur laquelle les clients

devaient y inscrire leurs observations au sujet du traitement qu'ils recevaient des dispensateurs (55, 63 91).

Pour encourager les clients à faire-part de leurs suggestions, un consultant a remis à chaque établissement de santé une boîte à suggestions et des fiches d'évaluation, assorties d'instructions indiquant comment s'en servir. En outre, le directeur général de l'IDSS a envoyé aux clients une lettre — placée à côté de la boîte à suggestions ou remise aux clients en même temps que la fiche d'évaluation — décrivant l'objet du traitement amélioré des clients et invitant ces derniers à faire part de leurs observations (63).

Afin d'améliorer les connaissances et le savoir-faire des dispensateurs, un spécialiste de la formation et un expert en santé reproductive ont conçu un atelier de 5 jours consacré à la formation des formateurs et un autre atelier de deux jours et demi à l'intention des dispensateurs. La formation a renforcé les anticipations en présentant aux dispensateurs des exemples de bonnes et de mauvaises consultations. On a demandé aux dispensateurs d'évaluer leur propre travail en le comparant aux exemples ; on leur a également donné la possibilité de mettre en pratique leurs talents de conseillers (63).

Dans une province, celle de San Cristóbal, où toutes les solutions avaient été appliquées, les carences se sont sensiblement amoindries (voir p. 24). Selon les parties prenantes, la formation était l'élément primordial qui avait comblé la lacune mais les observations des clients avaient aussi conduit à modifier sensiblement la façon dont les dispensateurs voyaient leurs clients. En effet, ils les ont mieux compris et voulaient qu'ils soient satisfaits de leurs services. Un directeur d'hôpital a déclaré que son établissement avait presque quadruplé sa clientèle à cause des améliorations inspirées par les observations des clients (91).

Evaluation de l'évolution de l'organisation

Les moniteurs d'AP ont demandé aux services de l'IDSS d'évaluer la façon dont l'organisation avait évolué et d'indiquer quels étaient les moyens institutionnels permettant d'aider les dispensateurs à obtenir ces résultats. Parmi les 20 indicateurs retenus figuraient le soutien apporté par les cadres supérieurs à la santé reproductive ; l'existence de manuels de formation, de produits et de matériel récents ; et la participation de la collectivité aux décisions concernant les services de santé reproductive. Après avoir classé les 20 indicateurs sur une échelle allant de 1 (aucune capacité) à 4 (pleine capacité), les services de l'IDSS ont conclu que la capacité institutionnelle avait augmenté en moyenne d'un point, passant de 1,3 avant le projet à 2,3 après celui-ci (91).

Figure 2. Formulaire indiquant les améliorations des résultats des consultations de l'Institut dominicain de la sécurité sociale, 1998–1999

Résultats souhaités	Résultats obtenus	Lacune	Causes profondes	Interventions	Estimations avantages/coûts*		
					Avantages	Coûts	Ratio
Les dispensateurs traitent tous les clients avec considération et respect (le traitement humain), toutes les 12 questions du questionnaire reçoivent une réponse de clients et d'observateurs	En moyenne, note de 6,8 pour les clients ; de 4,1 pour les observateurs	5,2 pour les clients ; 7,9 pour les observateurs	Les dispensateurs ne savent pas qu'on attend d'eux un traitement attentif	Elaboration et diffusion de normes de traitement des clients	10	4	2,5
				Diffusion d'informations pour assurer que les dispensateurs savent qu'on attend d'eux qu'ils traitent bien les clients ; affiches, lettres	9	4	2,3
				Installations de boîtes à suggestions pour recevoir les réactions des clients	8	2	4,0
				Félicitations aux dispensateurs qui traitent bien leurs clients et leur manifestent du respect	8	4	2,0
				Formation	10	7	1,4

* Estimations par les parties prenantes des avantages et des coûts sur une échelle allant de 1 (les moins favorables) à 10 (les plus favorables)

Source : Luoma, 2000 (91) ; McCaffery, 2000 (102) ; Padilla, 2001 (120)

Population Reports

Facteurs de performance

La performance est fonction à la fois des qualités personnelles qu'un agent apporte à son travail et du climat dans lequel il fonctionne. On entend par qualités personnelles les connaissances, les aptitudes, les moyens et les mobiles. Les facteurs ayant trait à l'environnement sont les résultats escomptés, le retour d'information concernant le travail accompli, l'espace et le matériel de travail, et les stimulants (48).

Les moniteurs de programmes de santé reproductive de pays en développement ont lié les causes profondes des problèmes de performance à six facteurs (102) :

- Résultats escomptés
- Retour d'information concernant le travail accompli
- Espace, matériel et instruments de travail
- Stimulants
- Soutien apporté par l'organisation, et
- Connaissances et savoir-faire.

Ces facteurs sont analogues aux besoins des dispensateurs qu'a identifiés la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF), par exemple orientation, retour d'information, infrastructure, fournitures, encouragement et formation (58).

L'ordre des facteurs est fonction des difficultés qu'entraîne leur correction. Par exemple, il est généralement plus facile, et moins coûteux, d'apporter des corrections aux résultats escomptés qu'à la formation (94, 102, 150, 153).

Les agents d'AP ne sont pas tous d'accord au sujet de la liste des facteurs de la performance. La capacité — qui se réfère à l'intelligence, aux talents et aux moyens physiques (48) — ne figure pas sur la liste parce qu'il est difficile, dans les pays en développement, d'apporter une solution à un problème de capacité en demandant aux agents de changer d'emploi ou en les y encourageant (84, 101). Certains praticiens tiennent cependant compte de la capacité, et affirment qu'on peut le faire en choisissant les nouveaux agents ou en les mutant à des emplois qui leur conviennent mieux (2, 17).

Les stimulants, la culture et le soutien apporté par l'organisation font également l'objet d'un débat. Un éminent promoteur de l'AP omet les stimulants de sa liste, sous prétexte qu'un agent titulaire d'un emploi qui possède toutes les autres qualités ne peut manquer d'être motivé (142). Un autre y fait figurer les pratiques culturelles qui interviennent dans la performance (115). Certains omettent de la liste le soutien de l'organisation et affirment que les organisations soutiennent la performance en faisant intervenir les cinq autres facteurs (127).

Résultats escomptés. Pour faire un bon travail, les employés doivent savoir ce qu'on attend d'eux et comment ils seront jugés. Les résultats escomptés englobent l'objectif à atteindre, les travaux à effectuer — assortis de volumes mesurables et de taux de performance — et où, quand et avec qui le travail doit être accompli.

Beaucoup d'employés ne savent pas exactement ce qu'on attend d'eux (45, 73, 137). Certains peuvent ne pas être capables d'expliquer les buts de leur organisation, d'indiquer comment leur travail contribue à leur performance ni quelles sont leurs responsabilités (107). Beaucoup d'employés travaillent sans bénéfice de descriptions officielles de leurs fonctions (5, 38, 46), et se contentent d'apprendre en regardant travailler leurs collègues ou en s'entretenant avec eux. Certains ont des descriptions d'emploi qui ne sont pas claires ou manquent de précision.

Retour d'information concernant le travail accompli. Les employés doivent savoir comment leur travail se situe par rapport aux résultats escomptés. C'est par les informations que leurs superviseurs, leurs collègues et leurs clients leur donnent oralement ou par écrit qu'ils savent s'ils réussissent ou échouent dans leur tâche.

Des facteurs d'ordre personnel ou culturel, ou la structure de l'organisation, peuvent empêcher les employés de recevoir d'utiles évaluations de leur travail. Par crainte de blesser, les moniteurs font d'ordinaire la louange des employés et leur disent de « continuer à faire du bon travail », sans entrer dans les détails. Parfois, la culture d'une organisation ou les coutumes nationales empêchent de dire directement aux employés que leur travail laisse à

(Suite de la page 5)

devoir engager des experts spécialisés dans les méthodes d'évaluation des résultats ou les stimulants au travail (129). Par exemple, dans un programme de l'Honduras visant à renforcer les services de planification familiale et les services prénatales, les parties prenantes ont constaté que de faibles stimulants étaient la cause de résultats médiocres ; les moniteurs ont alors recruté une équipe de motivation et de stimulation pour résoudre le problème (38).

Les responsables peuvent engager des collaborateurs ou recruter des consultants pour faciliter l'AP. Dans certaines organisations, un panachage d'employés et de consultants peut donner de bons résultats. D'une part, les membres du personnel connaissent bien leur organisation et peuvent indiquer les problèmes susceptibles d'être réglés par la méthode AP (140). Par ailleurs, les parties prenantes peuvent aimer travailler avec des gens qu'elles connaissent et qui sont toujours disponibles, au lieu de collaborer avec des consultants qui changent d'affectation au bout de quelques semaines (154). D'autre part, les consultants ont des compétences que respectent les parties prenantes. Il leur est plus facile d'insister pour qu'on réalise chaque étape de la méthode AP et de résister aux pressions des parties prenantes qui veulent précipiter les choses (121). Ils apportent une connaissance des problèmes

posés par la performance dans d'autres organisations et des solutions qui ont bien marché (101).

En outre, parce qu'ils ont un regard frais, les consultants peuvent parfois voir des problèmes dont les employés ont tellement pris l'habitude qu'ils leur sont devenus invisibles. Venus de l'extérieur, les consultants ont en général moins peur que les employés quand il s'agit de décrire franchement des problèmes (121) et n'ont pas, avec les parties prenantes, des rapports susceptibles de gêner les employés qui jouent le rôle de moniteurs.

Temps et coût. Le temps requis par la méthode AP est surtout fonction de la gravité des problèmes de performance, de l'accessibilité des parties prenantes et de la priorité qu'elles donnent à la solution des problèmes. En règle générale, il faut aux employés une à deux semaines pour apprendre à bien utiliser la méthode, et d'un jour à plusieurs semaines pour observer les prestations (88). Par exemple, pour renforcer les Centres de formation des zones, en Tanzanie, les moniteurs d'AP ont consacré cinq jours de réunions à mettre au point des listes de pointage et des guides d'entretien, puis ont pris quatre semaines pour réunir, à l'occasion de visites des centres, des informations détaillées concernant les prestations effectuées (135).

En matière d'évaluation des besoins, la principale rubrique des coûts correspond au temps que les parties prenantes et les

désirer (100, 101, 144). Dans certains pays d'Asie et d'Amérique latine, par exemple, on juge les employés sur la base de caractéristiques personnelles telles que l'intégrité et la loyauté ; en effet, les employés s'offusqueraient si on jugeait leur travail uniquement sur la base des résultats (144). Certains moniteurs ont des difficultés à faire part de leurs réactions parce qu'ils n'ont jamais fait le travail qu'ils sont appelés à juger. En pareil cas, une solution partielle pourrait consister à encourager l'auto-évaluation (101).

L'évaluation des résultats demande un talent qui peut être appris et perfectionné. En théorie, les évaluations doivent être honnêtes et opportunes, précises et spécifiques, privées, offrir une possibilité d'auto-évaluation, et être effectuées sans interruption. Les employés doivent souvent recevoir des informations concernant leur travail — chaque semaine, voire quotidiennement pour les nouveaux employés, et une fois par mois pour les employés de plus longue date (125). Cependant, pour beaucoup d'organisations, toute évaluation systématique des résultats représenterait une amélioration. Des réactions peu fréquentes et le manque de clarté des descriptions d'emploi sont les causes les plus fréquentes des résultats médiocres obtenus par des entreprises américaines (48, 150).

Lieu de travail, matériel et fournitures. L'environnement physique se compose de l'espace dans lequel travaillent les employés et du matériel et des fournitures dont ils ont besoin pour accomplir leur mission. L'espace de travail doit être peu encombré et ne présenter aucun danger. Les distractions et les inconvénients — tels que le bruit ou l'inaccessibilité des produits — exigent que les employés s'y adaptent. Parfois, l'adaptation peut être stimulante et motivatrice mais, si les employés consacrent trop de temps et d'énergie à surmonter les inconvénients, il est inévitable que les résultats en pâtissent (71).

Stimulants. La motivation est le résultat de stimulants externes et des mobiles internes qui conduisent une personne à faire un certain travail (48). Une faible motivation s'explique généralement par de mauvaises rémunérations, de mauvaises conditions de travail et le manque de possibilités d'avancement. En l'absence de stimulants, beaucoup ne font pas d'effort maximum. Aux États-Unis, des enquêtes sur la productivité des travailleurs ont consta-

moniteurs consacrent directement à leur travail. En outre, les réunions et les observations entraînent souvent des déplacements, qui donnent lieu à des indemnités journalières. Cependant, l'amélioration des prestations, de l'efficacité et du moral qui découle de l'AP peut, la plupart du temps, contrebalancer largement le temps perdu.

Souvent, les parties prenantes assistent à plusieurs réunions pour parler du problème des prestations, définir les résultats souhaités, analyser les causes profondes et décider des mesures à prendre. Par exemple, au Yémen, dans un programme concernant les sages-femmes communautaires, les moniteurs d'AP ont pris à peu près un mois pour aider les parties prenantes à mesurer l'ampleur des lacunes, analyser leurs causes profondes et choisir des solutions (141). En Tanzanie, les moniteurs du projet de centres de formation ont organisé pendant deux mois des réunions de parties prenantes pour se mettre d'accord au sujet des problèmes de prestation, prendre des décisions pour choisir les employés dont l'amélioration des prestations pourrait le mieux résoudre le problème, définir les résultats recherchés, choisir les indicateurs et les sources de données, et mettre au point les outils de collecte de ces dernières. Les parties prenantes se sont réunies de nouveau après la collecte et l'analyse des données afin d'examiner les lacunes des prestations et décider des mesures à prendre (135).

té qu'environ 25 % seulement des employés disaient ne pas travailler autant qu'ils le pourraient. La plupart d'entre eux affirmaient qu'ils travaillaient aux deux tiers environ de leur potentiel ou juste assez pour conserver leur emploi (14, 40).

Les traditions et la culture exercent une influence sur les stimulants. Beaucoup d'organisations récompensent leurs employés en fonction de leur ancienneté, de préférence à la qualité de leurs prestations, et la récompense prend souvent la forme de possibilité de participer à des programmes de formation. Par ailleurs, l'offre d'augmentation de salaire à des individus peut ne pas être efficace dans des pays qui, comme le Danemark et le Japon, attachent une grande importance au travail d'équipe rémunéré à salaire égal (144).

Soutien apporté par l'organisation. Pour aider les employés à faire de leur mieux, les responsables doivent mettre en place dans leur organisation des structures, des stratégies et des méthodes qui apportent un appui. Par exemple, ce sont eux qui définissent clairement la mission et les buts de l'organisation, les font connaître, jouent efficacement le rôle de leader, définissent des tâches conformes aux buts de l'organisation, établissent clairement les voies hiérarchiques et encouragent à tous les niveaux des communications ouvertes (27, 77, 95, 142, 169).

Connaissances et savoir-faire. L'enseignement reçu avant l'entrée en fonction et la formation en cours d'exercice donnent les connaissances et le savoir-faire qui permettent de donner des soins de santé reproductive. Les employés peuvent avoir suivi les cours d'écoles professionnelles de gestion, de facultés de santé publique ou d'écoles pour infirmières ou sages-femmes, ou avoir appris sur le tas.

Toute une série de raisons expliquent pourquoi des employés n'ont ni les connaissances ni les aptitudes leur permettant de faire leur travail. Peut-être les a-t-on recrutés ou promus pour un emploi auquel il n'étaient pas préparés, ils n'ont pas conscience des changements apportés aux protocoles ou aux directives, ont reçu une formation médiocre dans les écoles professionnelles, ou ont oublié ce qu'ils avaient appris ou perdu leur savoir-faire par suite du manque de pratique.

Si l'on s'en sert uniquement pour évaluer les besoins, la méthode abrégée d'AP ne demande qu'une seule réunion. Au Ghana, par exemple, 22 parties prenantes se sont réunies une demi-journée pour décrire les lacunes de la performance en matière de prévention de l'infection, en établir les causes et recommander des solutions. Ces parties prenantes représentaient le ministère de la santé, le conseil des infirmières et sages-femmes, les facultés de médecine, les centres régionaux de formation, l'USAID et des organisations de développement qui travaillaient avec cette dernière. Des employés du ministère et de JHPIEGO ont veillé au bon déroulement de la réunion (20).

Le temps requis pour mettre en place des solutions dépend de l'ampleur du projet et des moyens disponibles. D'ordinaire, il est possible de mettre en place en quelques semaines des modalités permettant, dans un département, de faire connaître les buts recherchés ou d'évaluer la performance. Par contre, il faut plusieurs mois pour rédiger des directives politiques et élaborer des manuels (26). En outre, la formation d'un cadre national d'agents de santé exige un an ou plus (131).

Le coût des solutions est fonction des causes auxquelles on veut remédier et de l'ampleur des solutions. Le renforcement des connaissances et du savoir-faire au moyen de la formation peut coûter cher, mais l'élaboration d'un instrument de travail, tel qu'un diagramme ou une liste de pointage, peut être efficace et coûter bien moins cher. La réorientation d'une poli-

Evaluation des besoins : Burkina Faso

A Koupéla, au Burkina Faso, une équipe de gestion de district (EGD) a organisé un atelier de cinq jours qui s'est servi de l'amélioration des résultats pour résoudre les problèmes que posait le soutien apporté par l'équipe aux soins de santé maternelle et néo-natale. L'atelier a également préparé les membres de l'EGD à faire connaître la méthode AP aux dispensateurs qui travaillaient dans les centres de santé du district. L'EGD est chargée de planifier et de superviser les travaux des centres de santé du district et d'en rendre compte ; ces activités comportent la formation en cours d'exercice, la fourniture de matériel, et la gestion des finances et du personnel. Sept membres de l'EGD, un instructeur de l'Ecole nationale de sages-femmes et un formateur ont participé à cet atelier en décembre 2000.

Les participants à l'atelier ont examiné les modalités de l'AP et les ont mises en oeuvre dans le cadre de l'analyse des causes profondes et de la recherche de solutions. Ils ont identifié cinq rôles pour l'EGD, les indicateurs correspondant à chaque rôle et les résultats escomptés pour chaque indicateur. Les cinq domaines et les indicateurs proposés à leur sujet étaient les suivants :

- Identification des problèmes des soins de santé maternelle et néo-natale. Réunion des membres de l'EGD et des experts nécessaires, présentation des problèmes et analyse de leurs causes.
- Performance des projets conformément au calendrier prévu. Etablissement du calendrier des projets, rédaction de notes d'information au moins deux semaines avant chaque projet et dépôt de fonds au moins 72 heures avec le projet.
- Visites trimestrielles de supervision dans les centres de santé. Réunion de prise de contact avec le personnel du centre de santé, vérification que les recommandations des visites d'inspection antérieures ont été suivies d'effet, étude des problèmes et de leurs solutions avec le personnel et des membres de la communauté, et encouragement et remerciement du personnel.
- Rédaction d'un rapport résumant la visite d'inspection. Examen des objectifs, de la méthode, des travaux et des résultats, et formulation de recommandations.
- Remise du rapport à la direction régionale.

L'équipe a décrit la performance effectuée et a identifié ses lacunes. C'est ainsi que l'équipe n'avait pas rédigé les fiches d'information deux semaines avant un projet, ni déposé des fonds au moins 72 heures à l'avance, ni effectué des visites d'inspection quatre fois, ni même deux fois par an, ni invité des membres de la communauté à parler de la visite ni rédigé un rapport succinct.

Lors de l'analyse des causes profondes des lacunes de la performance, l'équipe d'AP a constaté qu'un grand nombre d'entre elles étaient liées au manque de soutien apporté par l'organisation. C'est ainsi que les lacunes d'encadrement étaient imputables à plusieurs causes. Les quelques équipes de supervision ne pouvaient pas se rendre chaque trimestre dans tous les nombreux centres de santé et le calendrier des inspections ne tenait pas toujours compte de la disponibilité des inspecteurs (soutien de l'organisation), les équipes ne pouvaient pas se rendre dans certains centres pendant la saison des pluies par suite du mauvais état des routes et des véhicules (matériel), la supervision n'était pas prioritaire pour l'EGD, n'était pas bien organisée et ses membres n'avaient pas les compétences voulues (résultats escomptés, savoir-faire/connaissances).

Pour remédier à ces causes, les participants à l'atelier ont mis en relief la formation visant à améliorer les compétences et à renforcer les prévisions. Les participants ont recommandé : 1) d'évaluer les besoins des membres de l'EGD en formation de supervision, 2) d'organiser et de développer un programme de formation, et 3) de suivre les progrès des membres qui recevaient une formation (66).

tique, la publication des buts à atteindre ou la mise en place de modalités d'évaluation du personnel ne sont pas nécessairement des opérations coûteuses. Par exemple, l'IDSS, en République dominicaine, a institué un système de fiches d'évaluation et de boîtes à suggestion permettant aux clients d'exprimer leur avis au sujet des soins ; cette formule a coûté environ \$1.700 EU pour couvrir les frais de conception, de production, de formation et de distribution dans 12 établissements de santé de deux provinces (63, 119).

L'établissement d'un budget selon la méthode AP peut se faire en deux étapes, puisqu'on ne sait pas, au départ, ce que coûteront les interventions visant à combler les lacunes. Le premier budget indique combien coûtent la mesure des lacunes, la recherche de causes et le choix de solutions possibles. Les parties prenantes et les moniteurs d'AP peuvent à ce stade estimer approximativement le coût des solutions possibles, puisque le coût est un élément qui sert à choisir les solutions. Après que les parties prenantes aient choisi les solutions, les moniteurs d'AP et les responsables du programme peuvent alors établir des estimations de coûts plus précises et compléter le deuxième volet du budget (42).

Amélioration des résultats, amélioration de la qualité et MAQ

L'amélioration des résultats est analogue à l'amélioration de la qualité que le projet d'assurance de la qualité a adaptée en fonction des organisations de soins de santé des pays en développement (98). Dans les deux cas, il s'agit d'encourager les organisations à comparer leurs services aux normes de soins, à rechercher les causes de l'infériorité des soins et à identifier et choisir des solutions qui aident le personnel à atteindre ou dépasser les normes (122). Les spécialistes font observer que ces deux modalités tirent leur origine de domaines différents et, dans ces conditions, abordent souvent les problèmes à partir de bases différentes.

L'amélioration de la qualité est un produit de l'ingénierie, des statistiques et de la gestion, tandis que l'amélioration de la performance est issue de la psychologie du comportement et de schémas d'instruction — domaines qui intéressent les lacunes des connaissances et la mise au point et l'évaluation de la formation (18, 39, 139, 151). C'est pourquoi, quand on veut améliorer la qualité, on commence souvent par une analyse des systèmes et modalités qui interviennent dans la performance individuelle (98). Par contre, les spécialistes de l'AP commencent souvent par une analyse de la performance d'employés, pris séparément ou en groupe, par exemple les infirmières-sages-femmes ou le personnel d'encadrement, pour examiner ensuite les systèmes et les modalités qui sous-tendent la performance individuelle (102).

Par ailleurs, l'amélioration de la performance peut servir à mettre en place un nouveau poste de travail ou à ajouter un nouvel élément aux responsabilités d'un employé ou d'un groupe d'employés. Par contre, l'amélioration de la qualité s'attaque à des problèmes de performance mais n'implique pas en général un nouveau travail (85).

Les modalités de l'AP sont analogues à celles qui guident la mise en place de projets de formation ou de communication. De nombreux programmes de formation emploient le modèle ADDIE (analyse, conception, développement, exécution, évaluation), qui a précédé la méthode AP (139). Beaucoup de programmes de

communication utilisent la méthode AP (analyse ; conception stratégique ; élaboration, essai préalable et production ; gestion ; exécution et suivi, et évaluation de l'impact) (126).

L'amélioration des résultats complète une autre méthode d'amélioration de la qualité, l'Initiative de maximisation de l'accès et de la qualité (MAQ), que l'USAID a commencé à employer au début des années 1990. Grâce à des échanges d'information au sujet des pratiques optimales de santé reproductive, l'Initiative MAQ a encouragé les programmes à élaborer et à suivre des directives qui visent des normes élevées. La liste de formules MAQ visant à améliorer l'accès et la qualité — par exemple les primes accordées aux dispensateurs, l'engagement du client et de la collectivité, et le développement d'un leadership — peut aider les parties prenantes à choisir des solutions pour résoudre des problèmes de performance (64, 122, 124, 141).

L'exécution de l'Initiative des pratiques optimales (IBP) a également mis en avant des normes élevées de soins de santé reproductive. Mise sur pied en 1999, l'initiative IBP est actuellement réalisée par un consortium comportant l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'USAID, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et huit autres organisations. Elle se fonde sur l'expérience acquise dans le monde entier par des programmes de santé reproductive pour définir, faire connaître et appliquer de meilleures pratiques appuyées sur des preuves, comme le fait la méthode AP (162).

Démarrage

La méthode d'amélioration de la performance peut être employée à n'importe quel moment où la performance d'un employé, d'un groupe d'employés ou d'une organisation pourrait être meilleure (102). On a souvent la possibilité de recourir à l'amélioration de la performance quand le personnel d'encadrement ou les décideurs demandent qu'on organise la formation d'employés qui ne donnent pas de bons résultats. Ces formateurs sont donc à même de mettre en place l'amélioration de la performance dans une organisation et doivent en connaître les modalités, les instruments et autres moyens.

La meilleure réponse qu'un moniteur d'AP puisse apporter à une demande de formation consiste à inviter à examiner plus avant le problème. Si, au contraire, le moniteur d'AP déclare immédiatement que, à elle seule, la formation risque de ne pas résoudre le problème, et recommande d'améliorer la performance, les responsables peuvent alors décider de demander à quelqu'un d'autre de se charger de la formation (102).

Certains moniteurs utilisent la méthode AP sans dire qu'il s'agit d'une nouvelle façon de résoudre les problèmes. Dans les organisations dont les employés seront déroutés par une méthode impersonnelle qui semble demander du temps, ou lorsque d'autres méthodes ont échoué, on évite les objections formulées au départ si on se borne à mettre simplement la méthode en pratique (63, 88).

En réponse à une demande d'aide, les moniteurs commencent par réunir des informations préliminaires au sujet du problème de performance. La collecte d'information commence auprès du principal décideur, de l'auteur de la demande ou de la personne qui aura la responsabilité des résultats. Le décideur identifie les personnes, les documents et les dossiers que doit consulter le moniteur.

Les moniteurs examinent aussi le contexte institutionnel — buts, stratégies et culture de l'organisation. Quand les problèmes portent sur la prestation de services, les moniteurs doivent aussi comprendre le point de vue des clients et des groupes communautaires.

Accord des parties prenantes

Les moniteurs font un résumé des informations et établissent une description préliminaire du problème de performance et de son contexte. S'ils suivent à la lettre les prescriptions de l'AP, les moniteurs présentent d'abord les résultats au décideur, puis aux autres parties prenantes durant une réunion qui aboutit à un accord au sujet du projet. Quand on emploie une procédure raccourcie ou quand on applique moins rigoureusement les prescriptions, les moniteurs peuvent tenir une seule réunion avec les décideurs et autres parties prenantes (20, 91, 102). Les parties prenantes doivent se mettre d'accord au sujet du groupe d'employés dont il faut améliorer les prestations et du cahier des charges — dimension du projet à réaliser, nombre de personnes impliquées, et montant des fonds à affecter.

Il est essentiel de faire participer toutes les parties prenantes à l'AP si l'on veut aboutir à une réussite. En outre, si on ne fait pas appel aux parties prenantes, qui se sentent alors dédaignées, on peut les amener à résister aux changements. Les moniteurs demandent donc au décideur quelles sont les personnes à inclure. Certains établissent un diagramme montrant tous ceux qui ont à voir avec les employés dont les prestations sont à améliorer. Dans certains pays, il peut falloir tenir compte des liens de parenté et des rapports avec l'organisation.

L'une des missions les plus importantes et les plus difficiles des moniteurs consiste à obtenir et à maintenir un accord avec les parties prenantes. En effet, il est rare que celles-ci soient d'accord à propos de tous les éléments d'un problème de la performance. Par exemple, elles peuvent ne pas être d'accord au sujet des causes du problème, ou de la façon de mesurer les résultats souhaités. Les moniteurs d'AP doivent s'assurer que le décideur a conscience de tous les désaccords avant de convoquer une réunion de toutes les parties prenantes pour sanctionner le projet (102). Durant la réunion, le moniteur d'AP ou le décideur doivent indiquer les désaccords et s'efforcer de les surmonter. Certains problèmes peuvent ne pas être résolus, sans pour autant interrompre le travail.

Quand les projets durent un an ou plus, il est particulièrement difficile de maintenir l'intérêt des parties prenantes. En effet, ces dernières peuvent ne plus être intéressées s'il n'y a pas rapidement des améliorations évidentes. Les projets bien conçus doivent donc prévoir quelques réussites rapides afin de maintenir l'intérêt et amoindrir la résistance au changement.

Cette première étape aboutit à un consensus, sinon à un complet accord, entre toutes les parties prenantes. Le consensus peut faire officiellement l'objet d'une convention ou d'un protocole d'accord signé par le moniteur principal d'AP et le décideur. Le protocole indique brièvement le but du projet, les modalités des réunions et de la collecte d'informations, et les prochaines mesures à prendre. Il doit aussi consigner les ententes portant sur la logistique, les bureaux, les déplacements et le financement (102).

Le consensus de départ peut devoir être revu plusieurs fois durant le déroulement du projet au fur et à mesure que les moniteurs connaissent mieux le problème à résoudre ou quand les participants sont mutés à de nouveaux postes. Il peut arriver aussi que les moniteurs découvrent des informations qui solutionnent certains désaccords et prennent conscience d'autres problèmes de la performance. Les mutations d'emploi des parties prenantes exigent qu'on organise une réunion d'information à l'intention de leur remplaçant. Dans l'IDSS, en République dominicaine, par exemple, le directeur général a été remplacé deux fois. Les moniteurs ont dû mettre au courant les nouveaux directeurs généraux et obtenir d'eux la permission de poursuivre leur travail (91).

Définir les résultats souhaités

En définissant les résultats souhaités, les parties prenantes décrivent le genre de services de santé reproductive qu'elles voudraient obtenir. Les moniteurs d'AP choisissent les indicateurs de résultats souhaités en prenant pour base des normes et directives nationales et internationales, et des informations obtenues lors de réunions ou d'entretiens avec des employés, des exécutants hors ligne, des clients, des groupes communautaires et d'autres parties prenantes.

La définition des résultats souhaités est l'une des étapes les plus utiles de la méthode AP, mais aussi l'une des plus difficiles et des plus discutées. Beaucoup d'organisations peuvent tirer profit d'une discussion systématique et réfléchie portant sur la performance escomptée de leur personnel. Ces discussions doivent appeler la participation de toutes les parties prenantes afin de choisir des objectifs bien définis et, si possible, mesurables (101). La définition des objectifs souhaités donne au personnel une première occasion de dire que ce devrait être son travail et comment il contribue à l'organisation (36). Ce qui est difficile, c'est de persuader les parties prenantes d'utiliser des indicateurs de résultats observables et mesurables. D'ordinaire, le moniteur doit aider en posant avec tact des questions et en offrant de clairs exemples de résultats souhaités (63).

Dans le cas des travaux qui comportent des interventions cliniques dont les normes sont universellement acceptées, il n'existe guère de possibilités de débat au sujet des résultats souhaités. Par contre, pour les autres travaux, les parties prenantes sont souvent en désaccord violent au sujet des résultats à obtenir ; elles affirment, par exemple, que les normes sont trop élevées ou qu'il faudrait trop longtemps pour les atteindre. Certaines parties prenantes préfèrent des buts réalistes, tandis que d'autres sont en faveur de buts théoriques. Les deux méthodes entraînent des risques. Des buts théoriques peuvent inspirer le personnel à redoubler d'efforts par rapport à ce qu'il ferait si l'objectif était réaliste ; par ailleurs, un objectif plus élevé peut avoir un effet démoralisant car il semble impossible à atteindre. Le choix entre des mesures idéales et des mesures réalistes, ou l'adoption d'un panachage des deux sortes de mesures, sont des éléments du consensus entre parties prenantes.

Par exemple, dans le programme indien qui travaille avec le secteur privé, les parties prenantes avaient fixé au début l'objectif des consultations à 100 % des femmes susceptibles de vouloir pratiquer la planification familiale — femmes âgées de 15 à 49 ans qui n'utilisaient pas la contraception. Or, quand les moniteurs d'AP ont constaté que les dispensateurs conseillaient moins de la moitié de ces femmes, les parties prenantes ont alors ramené le niveau souhaité à 75 % (88).

Des guides d'auto-évaluation, par exemple les guides élaborés par EngenderHealth pour la méthode COPE, peuvent aider à définir les résultats souhaités et les résultats obtenus. Des listes de pointage d'auto-évaluation portent sur tous les aspects des services, comme la qualité des soins, le personnel, la tenue des dossiers et les conseils (32-34, 92).

Indicateurs de résultats

Les indicateurs sont des mesures objectives des résultats. Ils décrivent la performance qui est observable et mesurable, et relèvent d'employés dont on mesure la performance. Les mêmes indicateurs doivent définir la performance souhaitée, la performance acquise et les lacunes de performance.

Les indicateurs sont un élément essentiel de la méthode AP parce qu'ils déterminent le volume et le genre d'informations que doivent réunir les moniteurs d'AP. Des indicateurs trop nombreux, ou des indicateurs qui exigent des informations difficiles à recueillir, gaspillent le temps des moniteurs. Par exemple, les moniteurs ont constaté que certains indicateurs exigent de longs déplacements et de longs entretiens, et ils les ont remplacés par des indicateurs qu'on peut trouver plus facilement dans les dossiers cliniques (165). Les moniteurs d'AP consultent les parties prenantes pour choisir une première série d'indicateurs. Ceux-ci peuvent changer au fur et à mesure que les moniteurs réunissent de nouvelles informations.

Les indicateurs de savoir-faire clinique, par exemple pour la pose de DIU ou la prévention de l'infection, correspondent en général aux normes internationales ou nationales. Par exemple, plusieurs indicateurs montrant qu'un agent est prêt à poser un DIU sont qu'il se lave les mains avec du savon et de l'eau pure pendant au moins 15 secondes, qu'il dise à la femme ce qui va se passer et l'encourage à poser des questions, et procède à un examen du bassin (16, 103).

L'étude des directives suivies par d'autres établissements ou organisations de soins de santé, appelée parfois étude de repérage, est également utile pour définir la performance souhaitée (98). L'examen de pratiques optimales de soins de santé reproductive fondé sur des preuves, que décrit par exemple la Bibliothèque de santé reproductive que l'OMS diffuse chaque année sur diskette ou sur CD-ROM, est également utile (51, 116). On peut trouver sur Internet à <<http://www.jhuccp.org/pr/j52/j52boxes.stm#resources>> des informations permettant de contacter des bibliothèques et des sources d'information concernant la méthode AP, par exemple, la International Society for Performance Improvement et le Performance Improvement Consultative Group, qui est placé sous l'égide de l'USAID.

Parties prenantes

Les moniteurs d'AP parlent avec les membres du personnel des services qu'ils voudraient offrir et avec les clients et les groupes communautaires des services que ceux-ci voudraient recevoir. D'ordinaire, les moniteurs préparent des questionnaires ou des guides pour leurs réunions et leurs entretiens. Dans l'évaluation des besoins au Nigeria, par exemple, les moniteurs d'AP ont élaboré des guides des réunions de parties prenantes qui expliquaient les résultats qu'ils attendaient de l'établissement et des agents de santé, et ont demandé explicitement aux participants de tenir compte des attentes des clients (46). A titre de politesse et pour encourager des réponses bien réfléchies, les moniteurs d'AP communiquaient parfois les questions aux parties prenantes avant les réunions ou les entretiens (102).

Souvent, les informations les plus utiles sont celles qu'on obtient à la suite de questions à réponses variables, auxquelles on ne peut pas répondre par oui ou par non. Les questions suivantes ont aidé à définir les résultats souhaitables :

Pour les dispensateurs et les administrateurs de services :

- Que feraient les employés s'ils faisaient parfaitement leur travail ?
- Que diraient-ils à chaque client ? Comment traiteraient-ils leurs clients ?
- Pensez-vous qu'il soit possible de fournir ce niveau de service ? Sinon, quel niveau de service peut-on raisonnablement escompter ?
- Combien d'employés travaillent à ce niveau raisonnable ?

Pour les administrateurs, spécifiquement :

- Quels résultats escomptez-vous du programme de santé reproductive ?

- Quels sont les moyens existants pour réaliser le programme ?
- Comment imaginez-vous le programme idéal de santé reproductive sur le plan des buts des services et des ressources ?

Si les administrateurs déclarent vouloir du « bon travail », il faut alors les amener à définir ce « bon travail » en termes mesurables (102).

Pour les clients et les membres de la communauté qui n'utilisent pas les services de santé reproductive :

- Imaginez l'établissement idéal qui fournirait des services de planification familiale. A quoi ressemblerait-il ?
- Que serait la salle d'attente et les salles d'examen ?
- Quels services seraient offerts ?
- Comment les dispensateurs se comporteraient-ils ?
- Quelle est la première chose que vous changeriez dans votre dispensaire pour le rapprocher de l'idéal (46, 136) ?

Pour qu'elles fournissent d'importants détails, il faut souvent aider les parties prenantes en leur posant des questions telles que : Pourriez-vous être plus précis... ? Dans quelle mesure ce que vous venez de décrire est-il caractéristique ? ou bien : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Dans les dispensaires ou parmi leur personnel, et parmi les clients et les membres de la communauté, il peut s'en trouver quelques-uns qui sont exemplaires (on les appelle aussi déviant positifs). Des exécutants exemplaires savent surmonter des situations qui, dans les autres cas, jouent un rôle de frein. Par exemple, une étude de dispensaires publics et privés exemplaires, au Kenya, a observé qu'ils avaient des dirigeants dynamiques, offraient à leur personnel une série de stimulants, faisaient participer la communauté et avaient un contrôle local de leurs finances (169). Par ailleurs, dans l'évaluation des besoins du Nigeria, les moniteurs ont rencontré, dans un dispensaire rural, une infirmière-sage-femme qui avait mis en place un fonds de roulement servant à des prêts et avait un stock de produits alors que ses collègues n'en avaient pas : elle motivait aussi ses collaboratrices à tenir l'établissement dans un état de propreté exceptionnelle (56). Les moniteurs d'AP devraient rechercher des exécutants exemplaires, les observer et leur poser des questions. Leur exemple aide à définir les résultats souhaités et leurs pratiques peuvent aider à trouver des solutions aux problèmes d'exécution d'autres employés (48).

Les experts en santé reproductive ou en méthodes permettant d'améliorer la qualité contribuent leur connaissance des procédures et des normes à la définition des résultats souhaités (88). Des experts peuvent aussi aider à adapter les normes internationales ou nationales à des définitions de résultats souhaités qui tiennent compte des situations locales (102).

Exemples de résultats souhaités

Tout comme les indicateurs de performance, des présentations bien conçues de résultats souhaités décrivent la performance qui est précise, observable, mesurable et dépendante de l'employé. Par exemple :

- Dans le programme de formation de Tanzanie, les équipes de formation des zones doivent travailler avec les équipes de santé du district, les équipes régionales de santé et les ONG pour identifier les besoins de formation au moins tous les trois ans (135).
- Dans le projet de soins postérieurs à l'avortement (SAA) de l'Association du Kenya pour le planning familial, 80 % des bénévoles relevant d'établissements du SAA devaient recevoir une orientation par un agent du SAA dans les 20 semaines qui suivent la formation de base de cet agent (164).

Souvent, des exposés mal rédigés des résultats souhaités ne décrivent que des connaissances ou des savoir-faire, et sont trop vagues pour être mesurables, ou encore font état de résultats qui ne dépendent pas de l'employé (voir tableau 2).

Tableau 2. Définition des résultats souhaités : Correction des erreurs principales

<i>Mauvaise rédaction</i>	<i>Problème</i>	<i>Meilleure rédaction</i>
L'agent connaît les directives de pose du DIU.	Décrit un savoir-faire et des onnaissances qu'on ne peut pas observer.	L'agent exécute toutes les mesures prévues par le protocole du DIU.
L'agent passe suffisamment de temps avec le client.	Vague	L'agent passe au moins 10 minutes avec chaque client.
L'agent voit au moins 10 clients par jour.	L'agent ne fixe pas le nombre de clients qui viennent au dispensaire.	Quand des clients attendent, l'agent ne laisse pas passer plus de 15 minutes entre les clients.

Source : McCarrery, 2000 (102)

Population Reports

Parfois, les parties prenantes se demandent combien de détails doivent figurer dans les exposés des résultats souhaités. Par exemple, pour respecter les normes de prévention de l'infection, est-ce qu'on a besoin de dire aux agents de se laver les mains au savon pendant 15 secondes avant de se rincer à l'eau propre, ou bien suffit-il de dire « Se laver les mains entre chaque client » ? Les parties prenantes peuvent estimer le volume de détails en se demandant : « Comment un employé ordinaire suivrait-il ces instructions ? »

Les parties prenantes décident quel est le niveau approprié de détail en tenant compte, entre autres, des normes généralement acceptées, de l'importance de l'intervention et du taux de renouvellement du personnel. Si, par exemple, le fait de ne pas exécuter une intervention revient cher, ou si le taux de renouvellement du personnel est élevé, l'exposé doit alors donner les détails du travail à accomplir afin d'éviter des omissions coûteuses ou d'avoir à informer les nouvelles recrues (123).

Décrire les résultats acquis

On a besoin de la description des résultats obtenus si on veut définir les lacunes de la performance. Pour décrire les résultats acquis, on dispose des sources d'information suivantes :

- Dossiers cliniques ;
- Entretiens ou réunions avec des parties prenantes, notamment les employés dont on analyse le travail, le personnel d'encadrement, et les clients ; et
- Observations des employés.

Avant d'étudier les résultats acquis, les moniteurs d'AP examinent les enquêtes existantes, les recherches opérationnelles ou des comptes-rendus d'observations cliniques. Ces sources peuvent permettre de gagner du temps pour recueillir des informations, mais il est rare qu'elles fournissent toutes les informations dont on a besoin pour évaluer les résultats effectifs ou les facteurs de performance (88, 141).

Un organigramme peut aider les moniteurs d'AP à comprendre les résultats obtenus et à se représenter aussi les résultats souhaités. Sur la base des informations fournies par l'employé, l'organigramme représente une intervention sous forme d'une série de travaux et de points de décision ; il peut révéler les raisons de problèmes. Les longues attentes des clients, par exemple, peuvent s'expliquer par des travaux qui auraient pu être exécutés à un autre moment ou pouvant être inutiles (70). En logistique, les organigrammes ont aidé à identifier les inter-



Au Pakistan, un agent de santé parle à un groupe de femmes dans le cadre d'un projet de recherches sur la planification familiale. Les clients et les membres de la communauté sont d'importants participants à l'amélioration de la performance. En leur demandant ce qu'ils escomptent, on aide à définir les résultats souhaités et à décrire les résultats obtenus.

ventions qui faisaient double emploi, les gaspillages de temps, les décisions qui exigeaient plus d'employés que nécessaire, ou les décisions prises sans tenir compte des normes ou des pratiques optimales (36).

Les dossiers cliniques contiennent des informations, telles que le nombre de clients qui ont reçu des services, le résultat de ces visites, et les commandes de matériel et d'équipement. Les moniteurs d'AP doivent savoir comment les données ont été recueillies et dans quelle mesure elles sont fiables et à jour. Pour respecter le secret des clients, les dossiers cliniques doivent être examinés par des moniteurs d'AP qui sont membres du personnel, de préférence à des consultants (102).

Les moniteurs doivent examiner les dossiers avant d'avoir des entretiens avec les parties prenantes. S'ils savent ce que contiennent les dossiers, les moniteurs peuvent alors formuler d'utiles questions et éviter de demander des informations qu'ils pourraient puiser dans les dossiers. Cependant, c'est en demandant aux parties prenantes certaines informations que renferment les dossiers qu'on peut ainsi en vérifier l'exactitude. Si les dossiers sont incomplets, ou inexacts, des entretiens avec les parties prenantes peuvent révéler les éléments manquants.

Durant les entretiens et les réunions, les moniteurs d'AP évaluent la performance en posant des questions, telles que : Que faites-vous durant une journée de travail normale ? Quels services fournissez-vous ? Combien de temps consacrez-vous à vos principales activités ?

Les employés peuvent donner une impression inexacte, en mieux ou en mal, de leur travail. C'est ainsi que, dans un projet d'accréditation clinique du Brésil, les employés d'un dispensaire ont déclaré que tout allait bien, tandis que ceux d'un autre dispensaire étaient d'avis opposé. Des jeux de rôle ou une présentation vidéo montrant les qualités et les défauts de la performance peuvent aider les agents à évaluer eux-mêmes leur travail en toute objectivité (16).

Les moniteurs d'AP peuvent vérifier les perceptions des agents en les observant ou en s'entretenant avec des clients et des membres de la communauté. Dans l'évaluation des besoins effectuée au Nigeria, par exemple, on a posé aux clients réunis en groupes d'expression des questions telles que : Comment décrivez-vous le climat du dispensaire ? Votre entretien avec le dispensateur de planification familiale ? Si vous aviez un ami ou une amie qui s'intéresse à la planification familiale, est-ce que vous lui recommanderiez de venir au dispensaire ?

Pourquoi ou pourquoi pas ? Les membres de la communauté peuvent répondre à des questions analogues en se fondant sur leurs conversations avec des amis, des parents ou des voisins qui sont venus au dispensaire (46). Les moniteurs d'AP doivent aussi demander aux clients de la planification familiale si, à leur avis, les agents leur ont donné suffisamment d'informations pour choisir en toute confiance une méthode de contraception.

Cependant, les informations fournies par les clients ne sont pas toujours fiables. Certains clients hésitent à critiquer des employés qui occupent dans la société une position supérieure à la leur ; ou encore il est possible que les clients pensent qu'ils manqueraient à la politesse en faisant des critiques. On peut réduire ce parti-pris de courtoisie en s'entretenant

avec les clients à leur domicile, plutôt qu'au dispensaire (145). Des entretiens avec les employés peuvent déceler des obstacles qui empêchent d'obtenir les résultats escomptés avec la méthode AP. Des agents impayés depuis plusieurs mois se sont opposés à tous les efforts visant à améliorer leur travail (4, 16).

Etude des facteurs de performance

Les moniteurs d'AP demandent aussi des informations au sujet des facteurs de performance qui aideront à effectuer l'analyse des causes profondes (voir p. 16). On pose par exemple les questions suivantes (102) :

- **Travail escompté.** Pouvez-vous expliquer ce qu'on attend de vous ? Avez-vous reçu une description d'emploi ? Comment savez-vous ce qu'on attend de vous ?
- **Retour d'information.** Comment savez-vous si vous répondez aux attentes ? Recevez-vous des informations en retour verbalement ou par écrit ? A quelle fréquence ? De qui ?
- **Espace de travail, matériel, fournitures.** Avez-vous tout le matériel ou toutes les fournitures dont vous avez besoin pour faire votre travail ? Avez-vous demandé du matériel et des fournitures qu'on ne vous a pas remis ? Avez-vous tout l'espace dont vous avez besoin, notamment un espace privé ? Assure-t-on l'entretien du matériel ?
- **Stimulants.** Qu'arrive-t-il si vous faites un jour un travail exceptionnel ? Dans votre domaine, comment prend-on des décisions au sujet des avancements, des invitations à un stage à l'extérieur, ou d'autres occasions de perfectionnement ? Comment peut-on améliorer les témoignages d'estime à l'égard de bons résultats ?
- **Soutien apporté par l'organisation.** Comment la structure de l'organisation aide-t-elle ou entrave-t-elle votre travail ? Comment vous communique-t-on les buts et les stratégies de l'organisation ? Comment les décisions importantes sont-elles prises ou vous sont-elles communiquées ? Recevez-vous suffisamment d'aide et de directives de vos supérieurs ?
- **Connaissances et savoir-faire.** Dans quelle mesure votre formation vous sert-elle à accomplir votre travail ? Est-ce que des rappels vous aideraient à effectuer certains travaux ? Feriez-vous un meilleur travail si vous saviez que vous recevrez un témoignage ou une prime de satisfaction ?

Ces questions peuvent conduire à une longue liste de causes parmi lesquelles les parties prenantes choisissent un petit nombre de causes fondamentales.

Pour encourager la véracité, les moniteurs d'AP peuvent s'entretenir séparément avec les employés et leurs supérieurs, ou avec les infirmières et les médecins. Quand il s'agit de répondre à des questions concernant leurs attentes ou leur évaluation des résultats, les employés peuvent ne pas se sentir libres de critiquer leurs supérieurs en leur présence (165).

■ Observation

L'observation des employés durant leur travail est une source indispensable d'information au sujet des résultats effectivement obtenus. Les observateurs doivent être discrets afin d'éviter de gêner les employés, dont certains n'ont peut-être jamais été observés auparavant (75).

Pour se faire une idée complète du travail effectué, les observateurs tiennent compte du fonctionnement du dispensaire ou du bureau dans son ensemble (niveau d'organisation de la performance) et des travaux des divers employés. Dans l'évaluation des besoins au Nigeria, par exemple, les observateurs ont noté, dans les dispensaires, l'existence de problèmes de planification et de définition des buts, d'encadrement, de tenue des dossiers, de matériel et de fournitures. Parmi les agents, il y avait des problèmes de rapports interpersonnels, d'emploi des statistiques de service, et de respect des modalités de prévention de l'infection (46).

Des listes de pointage aident les observateurs à tenir compte de tous les indicateurs de la performance. Les listes de pointage concernant le fonctionnement des dispensaires peuvent englober le matériel et les fournitures, l'existence de directives, la qualité des dossiers cliniques, les informations fournies durant les consultations, et l'attitude des dispensateurs et des autres employés.

L'observation a ses limites. Certains employés sont craintifs ou se sentent menacés quand on les observe, et ne font donc pas un aussi bon travail que d'ordinaire. On peut aider à réduire les craintes si on obtient la permission des employés et si on leur explique la méthode AP et le projet avant d'effectuer l'observation. Les employés se sentent rassurés s'ils ont déjà travaillé avec un membre de l'équipe d'observation. Dans le programme de formation de la Tanzanie, par exemple, il y avait parmi les moniteurs d'AP un cadre de la division des ressources humaines du Ministère de la Santé, qui avait connu les employés des Centres de formation de zone (165). Il est également utile que les observateurs soient habillés comme les employés, de manière à ne pas être voyants (16), qu'ils restent suffisamment longtemps pour que les employés prennent l'habitude d'être observés (106) et qu'ils expliquent aux employés qu'on ne va pas leur donner de notes et que l'observation n'aura pas de répercussion sur leurs salaires.

L'emploi de faux clients, ou clients mystères, pour recueillir des informations évite certains problèmes d'observation mais peuvent en poser d'autres (60, 81, 83). Les faux clients doivent être d'excellents observateurs, doués d'une bonne mémoire et capables de jouer un rôle. Il peut falloir pas mal de temps, parfois même plusieurs semaines, pour apprendre à des gens à passer pour des clients (93, 96). Par ailleurs, de faux clients posent des problèmes d'éthique du fait qu'ils trompent les agents et détruisent la confiance entre les employés et la direction (93, 106).

Le parti-pris ou le désaccord de l'observateur peut également poser problème. Deux observateurs peuvent faire une observation différente du même comporte-

Amélioration de la performance du secteur privé : Inde

Dans l'Uttar Pradesh, en Inde, les parties prenantes ont eu recours à l'amélioration de la performance pour encourager les dispensateurs privés à offrir de meilleurs services de planification familiale et à identifier un plus grand nombre de clients qui avaient besoin de ces services. Les praticiens des Systèmes indigènes de médecine (ISM) utilisent un ensemble de méthodes médicales traditionnelles et modernes pour fournir la plupart des services de traitement dans les zones rurales de l'Uttar Pradesh (90, 133). Ils font payer aux clients les médicaments et autres produits, mais ne demandent rien pour le temps qu'ils consacrent à les conseiller.

De 1995 à 1999, l'Agence de l'Etat pour les innovations en services de planification familiale (SIPPSA) et les organisations locales de district ont appris à des agents des ISM à donner des conseils de planification familiale et à fournir des contraceptifs oraux et des préservatifs. Les parties prenantes ont estimé que, malgré cette formation, les agents des ISM ne donnaient pas autant de conseils de planification familiale qu'ils auraient pu le faire.

Les moniteurs d'AP ont alors effectué en 1999 une évaluation des besoins. Ils ont établi des indicateurs de la quantité et de la qualité des services de planification familiale offerts par les agents. Le principal indicateur quantitatif était la proportion de clients susceptibles d'avoir besoin de services de planification familiale que l'agent identifie et conseille. Le principal indicateur qualitatif était le respect par les agents d'une liste de pointage comportant des rubriques concernant le milieu clinique et les aptitudes à la consultation. L'équipe d'AP a constaté que les agents donnaient des conseils à moins de la moitié de clients possibles. Les parties prenantes ont défini un but réaliste pour la performance souhaitée : 75 % des clients possibles. Les lacunes de résultats se situaient à 25 % ou plus de clients possibles que les agents n'ont pas identifiés et conseillés.

La cause principale du manque de résultat était la perte de revenu subie par les agents durant leurs consultations avec les clients — une moyenne de 10 minutes par visite (stimulant). D'autres causes étaient l'absence d'une source fiable de préservatifs et de contraceptifs oraux (fournitures) et l'ignorance du fait qu'ils devaient conseiller tous les clients possibles (attentes). Certains ne savaient pas comment conseiller ou comment identifier les clients possibles (connaissances/savoir-faire). Les communautés ne savaient pas que les agents offraient des services de planification familiale parce qu'ils ne faisaient pas la publicité de leurs services et ne les offraient pas contre paiement (attentes, connaissances, savoir-faire).

Pour résoudre le problème des consultations, les parties prenantes ont proposé plusieurs initiatives visant à rendre plus rentable la vente de contraceptifs. Ils les ont classées en fonction d'une échelle de coûts-avantages de 10 points. Parmi les solutions recueillant le plus grand nombre de points, on peut citer les suivantes :

1. S'assurer durant le stage de formation que les agents savent qu'ils doivent fournir des conseils de planification familiale.
2. A la fin du stage de formation, remettre un premier stock de contraceptifs.
3. Rendre la formation plus sélective afin de donner plus d'importance aux agents des ISM qui fournissent des services de planification familiale.
4. Promouvoir les services dans la communauté, notamment auprès des femmes âgées qui jouissent d'une grande influence dans les décisions familiales.
5. Identifier des grossistes, des distributeurs et d'autres sources de contraceptifs pour les agents.
6. Donner aux agents des ISM une formation en marketing (90).

On ne connaît pas le pourcentage actuel de clients possibles qui reçoivent des conseils. Les soins semblent être de bonne qualité : selon les dires des faux clients et d'après les informations fournies volontairement par les clients eux-mêmes, 80 % des agents respectent les critères de bonnes consultations (88, 133).

ment (78, 81, 106). Dans une étude faite au Pérou, des faux clients ne donnaient pas des notes concordantes aux agents mais étaient plus fiables quand ils observaient des comportements précis et consignaient leurs observations sur des listes de pointage après leurs rendez-vous (81). On peut améliorer l'exactitude des informations en organisant une formation en matière de méthodes d'observation et d'aides mémoire ou en employant des magnétophones (93, 106).

Mesurer/décrire les manques de la performance

En se servant des définitions de la performance souhaitées et des informations concernant les résultats effectivement obtenus, les moniteurs d'AP 1) mesurent ou décrivent les manques de la performance, 2) aident les parties prenantes à choisir les lacunes qu'ils voudraient combler et 3) classent par ordre d'importance les lacunes retenues. Ce choix préliminaire évite de poursuivre l'étude des lacunes que les parties prenantes ne veulent pas combler.

Les lacunes de la performance sont la différence entre les résultats souhaités et les résultats obtenus, souvent exprimée sous forme de différence de pourcentages. On peut aussi l'exprimer sous forme de rapport entre la performance d'agents exemplaires et celle d'employés ordinaires (48).

A ce stade, une erreur commune consiste à dresser la liste des causes des manques de la performance. Par exemple, si les agents ne font pas un bon travail de conseils aux clients, les moniteurs d'AP peuvent dire, à tort, qu'il s'agit d'un manque de connaissances et de savoir-faire, et non pas d'une différence entre résultats souhaités, qui pourraient signifier que 100 % des agents exécutent le protocole de conseils, et résultats acquis, montrant que peut-être 20 % d'entre eux suivent le protocole. L'étude de la cause profonde — qui est l'étape suivante de la méthode AP — ne fait pas partie de la description du manque de la performance, mais explique plutôt pourquoi il y a une lacune.

Ce sont les parties prenantes elles-mêmes qui choisissent les lacunes à combler, en se fondant sur les critères qu'elles ont retenus. Par exemple, elles peuvent choisir des lacunes en raison de leurs dimensions, parce qu'elles sont importantes pour l'organisation ou pour ses responsables, ou parce qu'on peut les combler rapidement, ou encore parce que leur solution exercera une influence manifeste.

Durant leurs rencontres et leurs entretiens, les moniteurs d'AP recueillent des informations concernant le classement des lacunes en posant des questions telles que : Quel est l'impact de cette performance caractéristique [ou peu satisfaisante] sur les services de santé reproductive ? et Comment ce problème de performance se compare-t-il aux autres problèmes de performance dont nous avons parlé ?

En règle générale, plus la lacune est grande, plus on a d'occasions d'améliorer les résultats. Dans le projet de Tanzanie, par exemple, les moniteurs ont estimé que des lacunes de plus de 20 % étaient suffisamment importantes pour justifier la poursuite de l'étude des causes profondes et de leurs solutions (135).

Le classement des lacunes retenues aide les parties prenantes à décider de l'ordre dans lequel elles vont s'en occuper. Dans l'évaluation des besoins du Nigeria, par exemple, les moniteurs d'AP ont classé les lacunes de la performance cliniques en fonction d'un consensus des parties prenantes. Dans l'ordre, les lacunes concernaient des problèmes portant sur : 1) l'approvisionnement en contraceptifs, 2) les dossiers cliniques, 3) le traitement des clients, 4) la prévention de l'in-

fection et 5) l'accessibilité des zones rurales (46, 88). Cependant, dans certains cas, les lacunes les plus importantes ont dû attendre qu'on ait résolu d'autres problèmes de moindre importance. Dans le projet de l'IDSS, par exemple, les lacunes de consultation arrivaient en tête de liste mais des problèmes de logistique, qui se situaient au quatrième rang sur cinq, ont dû être résolus pour que les agents aient des contraceptifs à remettre à leurs clients (101).

Trouver les causes profondes

L'étude des causes profondes est la principale étape du diagnostic que prévoit la méthode AP. Elle représente la transition entre la description du problème et la formulation de solutions.

Il faut attaquer les problèmes de la performance à leurs racines, faute de quoi ils persisteront. Par exemple, en Inde, une cause profonde du manque de consultation par les agents privés était leur perte de revenus. En effet, les clients ne payaient pas les agents pour leurs conseils, mais se bornaient à leur acheter des produits (90). Les moniteurs d'AP ont conclu que, malgré la formation, et en dépit de buts clairement énoncés et de l'existence de stocks de produits, on ne pourrait pas combler cette lacune tant que persisterait l'élément qui en était la cause fondamentale, à savoir le facteur d'encouragement des résultats (voir encadré p. 15).

S'il existe plusieurs causes fondamentales, les parties prenantes doivent identifier celles qui exercent l'effet le plus marquant sur la performance. Les causes profondes sont les obstacles ou les goulets d'étranglement du régime de travail. Il ne servira à rien d'affaiblir les obstacles si la méthode continue à présenter les plus graves goulets d'étranglement (27).

La méthode amène aussi les parties prenantes à tourner leurs regards au-delà des explications qui ne leur laissent aucune possibilité d'intervention. Souvent, les employés imputent les problèmes au manque de financement, à une gestion médiocre ou à la corruption, alors qu'il y a d'autres causes sur lesquelles ils peuvent exercer une influence, par exemple le manque de clarté des buts à atteindre ou la rareté des évaluations de leur travail (63). Un manque apparent de financement peut en fait être causé par de mauvaises affectations, une planification médiocre, ou l'absence de coordination, toutes choses auxquelles il est possible de remédier. Les moniteurs d'AP doivent encourager une attitude positive à l'égard des causes qu'il est possible d'éliminer.

Techniques d'analyse des causes profondes

Les parties prenantes décèlent les causes profondes en examinant les informations provenant de dossiers, de visites sur place, d'entretiens et de réunions, et en se servant de techniques d'analyse. Deux techniques qui se sont révélées utiles pour les programmes de santé reproductive sont la technique dite de l'Arbre du pourquoi, et le diagramme de causes et effets. Ces deux techniques encouragent une recherche attentive des causes et découragent des conclusions hâtives.

L'arbre du pourquoi. Les parties prenantes identifient les chaînes de causes d'un manque de performance en se servant de la technique dite de l'Arbre du pourquoi, également appelée technique Pourquoi-Pourquoi-Pourquoi. Quand les parties prenantes ne peuvent plus songer à d'autres causes dans une chaîne — n'ont plus de réponse à la question « Pourquoi ? » — le moniteur d'AP demande si la lacune a d'autres causes et commence une autre chaîne. Représenté sur papier, le manque de la performance figure en haut de la page, suivi d'une série de racines qui en sont l'origine (voir figure 3).

Au Ghana, un projet visant à renforcer les équipes régionales de ressources a employé la technique de l'Arbre du pourquoi afin de trouver une explication de l'absence d'encadrement d'un grand nombre d'agents. Les parties prenantes ont trouvé deux explications : les équipes de ressources ne savaient pas combien de visites elles devaient faire et n'avaient aucun moyen de transport. Le premier élément, manque de connaissances, avait trois causes : manque de description d'emploi, absence d'un système de soutien et manque d'information, durant la formation, sur la fréquence du contrôle. Le deuxième élément, manque de moyens de transport, s'expliquait uniquement par le manque de formation concernant la rédaction de propositions visant à obtenir des fonds pour les transports.

Chaque racine de l'Arbre du pourquoi décrit une cause du manque de résultats et la case d'origine indique ce qu'il faut faire pour y porter remède, en l'occurrence rédiger une description d'emploi, mettre en place un régime de soutien des équipes ghanéennes et prévoir une formation (87). La technique de l'Arbre du pourquoi a aidé les parties prenantes à découvrir une cause fondamentale inattendue — manque de formation en rédaction de propositions. Cette formation pourrait aider à résoudre le problème des transports et d'autres problèmes causés par un manque de financement. Si les parties prenantes font aboutir une chaîne de causes au secteur santé ou à des problèmes de société sur lesquels elles n'ont aucun contrôle, elles s'attaquent alors à la cause suivante à propos de laquelle elles ont un mot à dire (63).

Diagramme de causes et effets. Si on classe les causes fondamentales en fonction de facteurs de performance, on fait apparaître le genre de solution qui s'attaquerait à ces causes. Pour aider à débrouiller l'écheveau de causes, on peut employer un diagramme de causes et effets, également appelé diagramme en arête de poisson, ou diagramme d'Ishikawa, du nom de son inventeur, Kaoru Ishikawa (70, 108) (voir figure 4, p. 18). L'arrête centrale du diagramme part du manque de résultat, représenté dans la case de droite. Les arêtes latérales indiquent les facteurs de performance. Les causes sont inscrites le long de lignes qui correspondent à chaque facteur de performance et sont assorties dans chaque cas d'explications (98).

Comme les facteurs de performance se chevauchent, certaines causes peuvent être citées à propos de plus d'un facteur. Dans l'exemple du Ghana représenté par la Figure 4, « Aucun encadrement » pourrait être rangé parmi les attentes, l'information en retour ou le soutien apporté par l'organisation. Par ailleurs, l'explication d'une cause relevant d'un facteur peut relier cette cause à un autre facteur. C'est ainsi que le manque de transport, cause rangée dans la catégorie espace de travail/équipement/matériel, se trouve être lié aux connaissances/savoir-faire et aux attentes.

Causes profondes ordinaires

Les causes profondes des problèmes des programmes de santé reproductive qui ont employé la méthode AP font intervenir toute une série de facteurs de la performance. A des degrés divers, les agents manquent de connaissances et de savoir-faire en matière de consultation, de logis-

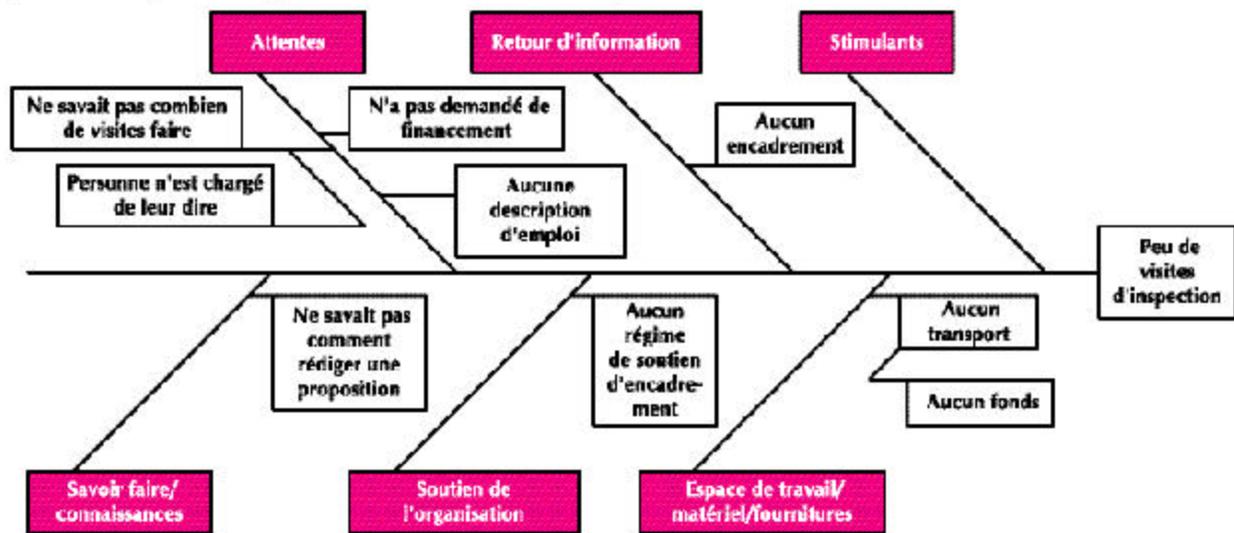
tique, de services intégrés de santé reproductive, d'estimation du coût des services et de prévention de l'infection (20, 90, 91, 135, 136). Ils ne savent pas ce qui est attendu d'eux parce qu'ils n'ont pas de description écrite de leur emploi, les directives sont dépassées ou les cadres ne disent pas aux agents ce qu'ils devraient faire (46, 90, 91, 130, 135).

Les dispensaires n'ont pas de produits pour offrir les services que demandent leurs clients, pour empêcher l'infection, ou pour distribuer une documentation d'éducation sanitaire (46, 90, 91, 114, 131, 135). Sans véhicule ni essence, les inspecteurs ne peuvent se rendre dans les dispensaires (130). Certains programmes n'ont pas de système de stimulants, le personnel d'encadrement ne soutient pas les employés et les agents n'ont aucun pouvoir de décision et attendent des instructions de leurs supérieurs hiérarchiques (38, 46, 91, 114, 130).

Prises individuellement, ces causes sont bien connues mais, en les reliant à la méthode AP, elles dénotent la nature systémique des problèmes de performance. C'est ainsi que, en République dominicaine, l'IDSS est intervenu dans les attentes, le retour d'information, les stimulants, les connaissances et le savoir-faire pour encourager les agents à traiter les clients avec plus de doigté (91). Au Ghana, en matière de formation, les équipes de ressource n'auraient pas été efficaces si on n'avait pas renforcé les attentes grâce à des descriptions d'emploi et à l'encadrement, et si on n'avait pas fourni des moyens de transport (130). Les organisations doivent d'ordinaire s'attaquer à plusieurs causes profondes pour améliorer les résultats.



Figure 4. Diagramme de causes et effets, ou en arête de poisson, Diagramme du manque d'encadrement au Ghana



Source : Adapté de Performance Improvement Consultative Group, 2001 (124)

Population Reports

Choisir les interventions

Après avoir défini systématiquement les problèmes de la performance, les parties prenantes choisissent avec le même soin les interventions à pratiquer. Elles proposent des solutions, évaluent les solutions en fonction de leur efficacité, de leur faisabilité et d'autres critères de classement, puis font leurs choix. Les parties prenantes peuvent faire appel à toute une série d'approches qui s'attaquent aux points faibles des facteurs de la performance.

Les moniteurs d'AP encouragent les employés dont on a analysé le travail à proposer des solutions. En effet, ce sont ceux qui font le travail qui le connaissent le mieux et apportent en général les idées les plus pratiques. Si les employés eux-mêmes jouent un rôle important dans l'élaboration des solutions, ils risquent moins de penser que ces solutions leur sont imposées et ils sont moins susceptibles de résister aux changements (94).

Les parties prenantes se servent de critères de conception pour classer les solutions possibles. Avec l'aide des moniteurs d'AP, les parties prenantes répondent aux questions suivantes :

Est-ce que la solution proposée va effectivement résoudre le problème ? Si elles se servent des pratiques optimales décrites dans la littérature de la santé reproductive, les parties prenantes peuvent être convaincues que la solution qu'elles proposent sera efficace. Elles peuvent aussi adapter l'expérience de programmes locaux qui ont résolu des problèmes analogues. Par exemple, des experts en logistique, en communication ou en formation peuvent apporter leur participation et résumer les leçons apprises.

Est-ce que la solution proposée donnera les meilleurs résultats avec un minimum de ressources ? Une évaluation simple, subjective et rapide des coûts et des avantages peut apporter une réponse à cette question. Les parties prenantes affectent des notes allant de 1 à 10 aux coûts et avantages de chaque solution proposée. Les coûts englobent des facteurs poli-

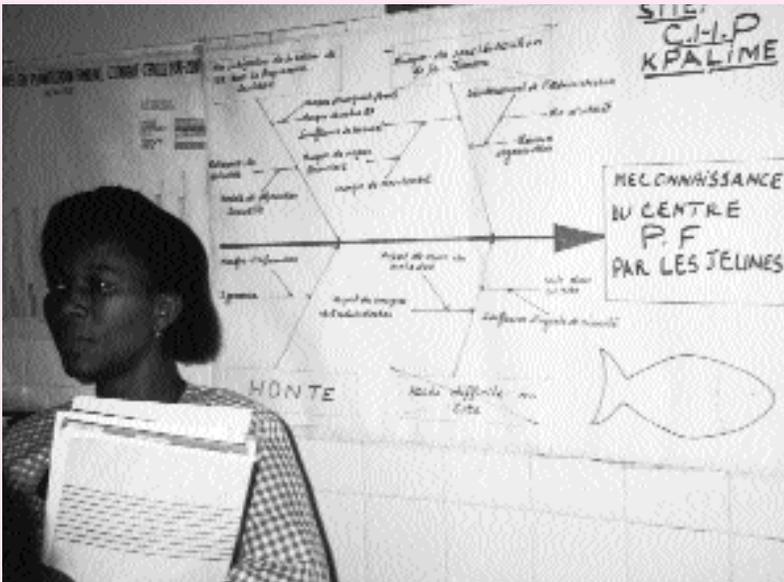
tiques, sociaux, culturels, logistiques et techniques, auxquels s'ajoutent les coûts monétaires. La note donnée aux avantages représente une estimation établie par consensus de l'efficacité de la solution proposée pour résoudre le problème ou du degré de solution apportée au problème. Cette analyse rapide évite de procéder à une longue analyse des coûts-avantages qui ferait appel à des connaissances spécialisées (102).

Les parties prenantes peuvent comparer les rapports coûts-avantages d'une série de solutions proposées. Le programme de l'IDSS, en République dominicaine, avait des rapports coûts-avantages des solutions proposées s'établissant entre 1,4 et 4,0 (voir figure 2, p. 7).

Est-ce que la solution proposée est réalisable ? Est-ce que la solution peut régler le problème dans les délais voulus et avec les moyens financiers et le personnel disponibles ? Dans la négative, peut-on allonger les délais, trouver de nouveaux moyens financiers ou recruter d'autres experts ?

Les doutes concernant la faisabilité ne doivent pas empêcher les parties prenantes de chercher à atteindre des buts qui, au premier abord, semblent impossibles. Par exemple, les moniteurs d'AP jugeaient impossible d'attribuer aux services de santé reproductive un rang qui les fasse passer de la catégorie de projet spécial à celle de département — jouissant d'une meilleure considération, doté d'un budget plus important et disposant d'un plus grand espace. Or, la chose s'est révélée réalisable parce que l'IDSS avait l'intention de se restructurer et parce que les améliorations des services de santé reproductive à la suite de l'application de la méthode AP avaient amené les employés de plusieurs niveaux à déclarer leur soutien du reclassement. En outre, les moniteurs d'AP avaient élaboré une brochure largement diffusée qui faisait connaître les services de santé reproductive aux employés de l'IDSS et les avait convaincus de l'importance de ces services (63, 82, 101).

Est-ce que la solution proposée est acceptable pour les clients, la communauté et les employés qui devront l'exécuter ? Est-ce que les parties prenantes qui représentent ces groupes pensent que leurs mandants accepteront la solution ? Est-elle culturellement acceptable ? On évalue souvent les changements en fonction de leurs avantages, de leur sim-



Michelle Heeren, JHU/ICCP

Au Togo, un dispensaire de santé affiche un « diagramme en arête de poisson ». Également appelé diagramme des causes et effets, cette technique peut aider les programmes à résoudre des problèmes de performance en classant leurs causes en fonction des facteurs principaux qui interviennent.

par exemple, les parties prenantes ont insisté pour qu'on comble toute lacune qui se répercutait directement sur l'accessibilité des contraceptifs dans le dispensaire (88). On a donné aux solutions concernant les stocks de contraceptifs, l'accès aux services de planification familiale dans les zones rurales, et les aptitudes à la consultation une priorité plus élevée que celle accordée aux solutions portant sur la gestion, la planification et la durabilité financière. Des critères moins essentiels, mais néanmoins importants, peuvent être acceptés par consensus ou à la suite d'un vote (89).

Les parties prenantes doivent envisager de reclasser des solutions jugées moins importantes qui peuvent néanmoins être mises rapidement en place. Si les employés peuvent améliorer rapidement eux-mêmes les services de santé sans attendre l'aide de cadres ou de ministères, des résultats rapides prouvent alors la valeur de la méthode AP, démontrent que des changements sont possibles et amènent les employés à améliorer leur travail. Des résultats positifs rapides encouragent également les employés à essayer d'appliquer des solutions plus difficiles (92) et peuvent persuader les responsables de fournir les moyens de réaliser des projets plus ambitieux (1, 9, 41, 97, 161).

Exécuter les interventions

Les parties prenantes peuvent faire appel à l'expérience de recherches et de programmes mondiaux pour résoudre des problèmes de performance. La littérature de l'amélioration de la performance, celle de la santé reproductive et la littérature médicale suggèrent des moyens permettant de remédier aux points faibles des six facteurs de performance.

De bons talents de gestion des problèmes sont indispensables pour résoudre les problèmes de performance. Les employés qui appliquent les solutions — en général avec l'aide de moniteurs — sont responsables de la planification, de l'organisation du calendrier, du budget, de la coordination et de l'information. Les administrateurs participent souvent à l'exécution parce qu'ils ont les compétences de gestion voulues et ont peut-être la responsabilité ultime des résultats de l'intervention. S'il le faut, les administrateurs ou les moniteurs invitent des personnes ou des organisations qui connaissent bien les interventions et sont compétentes, par exemple, en matière de formation, de communication ou de logistique, afin d'aider la mise en pratique (129). Les exécutants organisent également l'évaluation des solutions et des changements à apporter à l'organisation qui aideront à mettre les solutions en train.

Expliciter les résultats escomptés

Une série de méthodes peuvent aider à expliciter les résultats escomptés — par exemple, distribution de directives durant la formation, programmes d'accréditation, descriptions d'emploi claires, affiches, rappel du déroulement de l'entretien avant que l'agent n'aille voir un client, messages de la direction, discussions avec des collègues respectés, participation de la communauté et promotion dans les médias.

Directives accompagnant la formation. Pour expliciter les résultats escomptés, les organisations distribuent d'ordinaire des directives durant la formation et demandent aux agents de

plicité, de leur compatibilité avec ce qu'on a fait, de la facilité avec laquelle on peut s'adapter aux changements, et de l'effet des changements sur sa vie personnelle (29). Les parties prenantes doivent parvenir à un consensus pour amoindrir la résistance que suscite souvent un changement. Elles peuvent aussi se demander comment gérer le changement et anticiper les changements susceptibles de susciter le plus de résistance (voir p. 25).

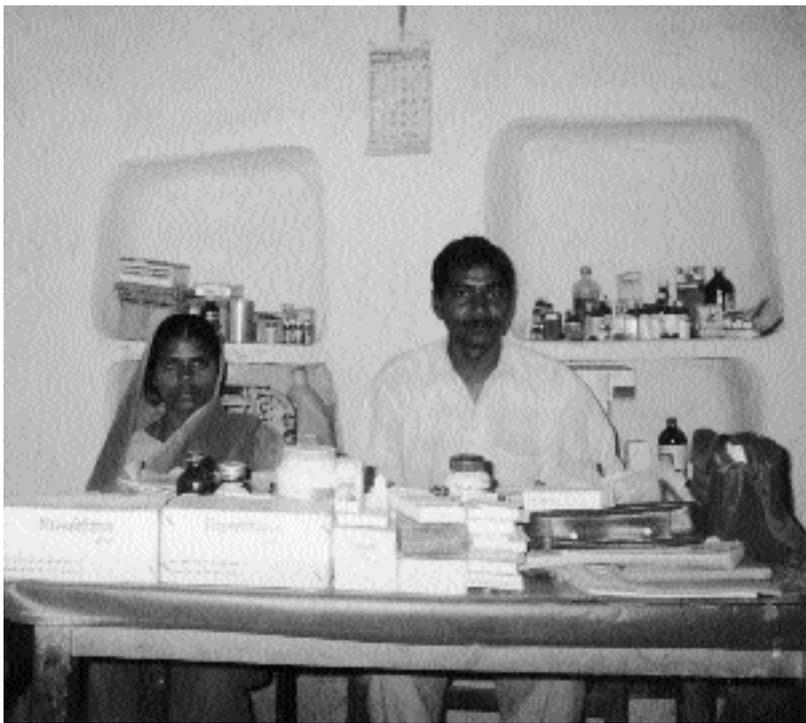
Est-ce que la solution proposée peut durer ? Quelle est l'aide dont l'organisation a besoin de la part de consultants ou du Ministère de la Santé pour appliquer la solution ? Est-ce que la solution va persister après qu'un bailleur et fonds ou un organisme coopérant déclare forfait ? Les changements apportés à la structure d'une organisation pour faire place à une solution et à la participation des cadres supérieurs font augmenter la probabilité de voir la solution perdurer (77).

De façon générale, quelques solutions bien exécutées durent plus longtemps qu'un grand nombre d'autres solutions entravées par un manque de moyens. Les critères de classement aident les parties prenantes à retenir les solutions qui contribueront le plus à l'amélioration des résultats.

Choix

Les critères de classement orientent, sans l'imposer, le choix des solutions proposées. Il peut arriver que les parties prenantes décident d'appliquer certaines solutions, bien qu'elles puissent avoir un coefficient élevé de coûts-avantages, souvent parce qu'elles doivent précéder des solutions d'un rang plus élevé. En Inde, par exemple, une solution fortement préconisée encourageait les agents à acheter les produits le dernier jour de leur stage de formation. Or, ils n'achèteraient probablement pas de produits si on n'avait pas défini une stratégie de prix, mis en place une filière d'approvisionnement régulier et si on ne leur avait pas donné une formation en matière de vente et de marketing — solutions placées à un rang inférieur (90).

Certains critères, par exemple un financement immuable et une date butoir, peuvent être obligatoires tandis que d'autres sont moins stricts. Dans l'évaluation des besoins du Nigeria,



En Inde, des agents de santé travaillant dans le secteur privé ont participé à un projet visant à conseiller un plus grand nombre de clients et à améliorer les services de planification familiale. En se servant de la méthode AP, les participants ont constaté que le manque de stimulants était un problème fondamental.

les lire et de les mettre en pratique. Cependant, la distribution de directives ne suffit généralement pas. La documentation doit être renforcée par une formation ou par l'évaluation du travail effectué (24, 52, 59, 91, 118, 149).

L'un des rares programmes à avoir mesuré l'efficacité et le coût de la diffusion des directives accompagnant la formation a été réalisé en 1999 par le Ministère de la Santé du Kenya. Deux mille agents ont reçu des directives révisées durant leur formation en 1999 — 274 ont été directement formés et environ 1.700 ont été formés par la suite dans des dispensaires par les 274 anciens stagiaires. La documentation servant à aider les agents à former leurs collègues a fait légèrement améliorer les résultats en fonction de 38 indicateurs, moyennant un coût d'environ \$12 EU. par agent. L'encadrement de 54 agents pour renforcer leur formation a fait augmenter les notes d'un facteur de 9 par rapport à la seule formation, moyennant un coût d'environ \$377 EU. par agent (149).

Accréditation. Un programme d'accréditation explicite les résultats escomptés en indiquant les changements que les dispensaires doivent apporter pour répondre aux normes d'accréditation. Des programmes de ce genre sont réalisés au Brésil, en Egypte, au Guatemala, au Honduras, au Malawi et dans d'autres pays (16, 44, 69, 99, 126).

Descriptions d'emploi. Si elles sont rédigées avec soin, les descriptions d'emploi indiquent la contribution que celui-ci apporte à la réalisation des buts de l'organisation, le produit ou service principal résultant du travail (par exemple, services de planification familiale à base communautaire), la performance obtenue (aider les clients à choisir et à employer des contraceptifs), les travaux que l'employé doit effectuer (rendre visite aux clients à leur domicile), et la fréquence ou les quantités (les clients recevront au moins une visite par mois) (102). Ces descriptions d'emploi aideront aussi les administrateurs à donner de l'avancement aux employés qui font ce qui est attendu d'eux (80).

Affiches ou brochures. L'accrochage d'affiches dans les lieux où travaillent les employés ou la distribution de brochures aide à rappeler aux membres du personnel ce qu'on attend d'eux (91). Par exemple, les bureaux d'organismes qui lui sont affiliés affichent un panneau mural de l'IPPF indiquant les droits des clients et les besoins des dispensateurs (146).

Rappel aux employés. Des feuillets joints aux dossiers des clients et contenant la liste des tests ou des interventions à faire ont aidé des médecins anglais et américains à améliorer l'application des directives. Il a été également utile de remettre aux clients des fiches indiquant les services qu'ils doivent recevoir. Les clients remettent ces fiches aux employés au début de leur visite pour leur rappeler ce qu'ils ont à faire. Les médecins suivent mieux les instructions quand le rappel indique des mesures répondant aux besoins d'un client particulier, au lieu de contenir des instructions générales (24, 31, 52, 53).

Messages des cadres supérieurs. En République dominicaine, une lettre du bureau central de l'IDSS rappelait au personnel des centres de santé qu'il devait offrir cinq services de santé reproductive : planification familiale, soins de santé maternelle et infantile, prévention et traitement du VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmises, promotion de l'allaitement au sein, et dépistage du cancer du sein, de l'utérus et du col, avec orientation des malades vers des centres spécialisés. La lettre a comblé en partie une lacune des connaissances des employés en matière de services de santé reproductive (63, 91).

Entretiens avec des collègues respectés. Quand ils parlent en petit groupe ou en tête-à-tête des soins à donner, des collègues respectés peuvent être persuasifs (6, 24). Des visites personnelles de collègues en mission éducative ont aidé à améliorer les pratiques de prescription des médecins (117).

Participation de la communauté. D'étroits rapports établis entre les agents de santé et les communautés peuvent conduire à un dialogue honnête et à une meilleure compréhension des attentes et des besoins mutuels (8, 28, 34, 57, 99, 169). Par exemple, au Pérou, dans le projet appelé « Construire des ponts pour améliorer la qualité » entrepris en 1998 et réalisé par le Ministère de la Santé de ce pays, des agents et des groupes communautaires ont élaboré des vidéos présentant leur idéal des soins de santé et leur impression des soins effectivement donnés. Les agents se sont rendus dans les communautés dont ils avaient la responsabilité, des membres de ces communautés sont venus dans les centres de santé et ils ont établi de concert des plans visant à améliorer les services de santé pour que les agents répondent aux attentes des clients et que les clients répondent à leur tour aux attentes des agents (8, 57). Les communautés estiment désormais que les agents écoutent mieux leurs clients et les agents déclarent pour leur part que les membres des communautés savent mieux ce que sont les services de santé et demandent à mieux connaître les soins qui leur sont offerts (7).

Médias. Les médias ont représenté des agents compétents et attentifs pour montrer le niveau des soins qu'ils offrent et indiquer aux clients ce qu'ils peuvent escompter recevoir. Cette formule a été employée dans plusieurs pays, dont le Brésil, l'Egypte, le Ghana, l'Indonésie et le Népal (19, 67, 68, 126).

■ Retour d'information

Un certain nombre d'études et de programmes ont mis à l'épreuve des méthodes visant à fournir aux agents des informations concernant les résultats de leur travail. Afin d'encourager

des évaluations plus fréquentes, des organisations ont collaboré avec le personnel d'encadrement pour présenter des retours d'information, ont encouragé les clients à faire-part de leurs observations, ou ont encouragé les agents à s'évaluer eux-mêmes et à évaluer leurs collaborateurs.

Retour quantitatif d'information. Des organisations ont appris à leur personnel d'encadrement à évaluer les employés au moyen de listes de pointage et à fournir des évaluations détaillées et quantitatives (15, 22). Par exemple, un programme exécuté en 1994 au Burkina Faso par le Programme élargi de vaccination et le Ministère de la Santé a utilisé des retours quantitatifs d'information pour encourager les vaccinations contre la rougeole. Six mois après un atelier qui avait imparté aux agents de santé des notions de communication, des inspecteurs se sont rendus dans les dispensaires pour observer le travail des agents, ont fait ressortir leurs carences et les ont aidé à trouver des solutions. Les inspecteurs ont élaboré des diagrammes en barres sur transparents qui, une fois superposés, permettaient aux agents de comparer leur travail actuel à leur travail précédent, aux moyennes de leurs collègues et à celles d'un groupe témoin. Les agents de santé ont compris le retour quantitatif d'information et ont été amenés à améliorer leurs prestations, dont la qualité avait baissé depuis leur stage ; ils se sont rendus compte qu'ils devaient fournir des informations aux mères au sujet des soins à donner à leurs enfants en cas de rougeole, organiser de nouvelles séances de vaccination, et répondre aux questions (15).

Observation, présentation et discussion. Au Niger, un programme a fait connaître en 1997 et 1998 la gestion intégrée des maladies de l'enfance en donnant une formation aux agents de santé, puis en discutant avec eux de leurs prestations. Des observateurs ont présenté leurs évaluations aux agents à l'occasion d'un atelier. Les agents ont alors discuté des évaluations en petits groupes, avec l'aide d'un moniteur. Après ces évaluations, les agents ont pu améliorer certaines prestations, par exemple reconnaître les symptômes de certaines maladies et de la malnutrition et établir des relevés des vaccinations ; cependant, ces améliorations n'ont pas duré plus de huit mois. Par ailleurs, la qualité des conseils a également regressé après les retours d'information. Le système d'évaluation coûtait \$108 EU par agent. L'adjonction de 11 jours de formation exerçait une influence plus profonde et plus générale sur le savoir-faire, mais le total des coûts passait alors à environ \$430 EU par agent (72).

Commentaires des clients. En République dominicaine, l'IDSS a installé des boîtes à suggestions et offert des fiches sur lesquelles les clients devaient attribuer une note aux soins qu'ils avaient reçus en se fondant sur la chaleur amicale qui avait marqué les prestations, le respect de la vie privée et de la confidentialité, les communications et les solutions apportées aux problèmes (voir fig. 5). Chaque semaine, on recueillait les réponses et les directeurs de chaque centre en parlaient à l'occasion de réunions du personnel ou avec les agents dont le nom apparaissait sur les fiches. Les parties prenantes ont déclaré que ces commentaires amenaient les agents à mieux s'occuper de leurs clients, lesquels étaient mieux satisfaits des services, tandis que les agents faisaient plus volontiers leur travail (91). Le système n'a cependant pas duré en raison de problèmes administratifs (119).

Au Pérou, une organisation privée de soins de santé à buts non lucratifs, appelée Max Salud, a mis en place en 1998 et 1999 un système comportant six méthodes visant à recueillir les commentaires des clients : entretiens de dix minutes après la consultation dans la salle d'attente ou à la porte du dispensaire ; visites de suivi au domicile des clients ; groupes d'expression, avec enregistrement des commentaires sous réserve de l'assentiment des clients ; entretiens dans les foyers avec des personnes qui avaient cessé d'utiliser les services ; boîtes à suggestions ; et réunions communautaires. Parmi les leçons

Figure 5. Fiche de retour d'information permettant aux clients d'évaluer les services de santé reproductive des dispensaires de la sécurité sociale dominicaine

Faites-nous savoir!

Nous faisons des efforts vigoureux pour vous offrir des services de santé de la plus haute qualité. Aidez-nous à vous apporter de meilleurs soins en nous disant ce que vous pensez de votre visite d'aujourd'hui au dispensaire. Remplissez donc cette fiche et déposez-la dans la boîte.

	OUI	PLUS OU MOINS	NON
Est-ce que l'agent de santé vous a demandé quel était le but principal de votre visite ?	☺	☺	☹
Est-ce que l'agent de santé a parlé avec tact de vos soucis ?	☺	☺	☹
Est-ce que l'agent de santé vous a donné des informations qui répondaient à vos questions ou à vos besoins ?	☺	☺	☹
Est-ce que l'agent de santé vous a aidé à prendre une décision pour résoudre votre problème ?	☺	☺	☹
Si vous avez d'autres choses à nous dire, indiquez-le ici _____			

Source : PRIMF Project

Population Reports

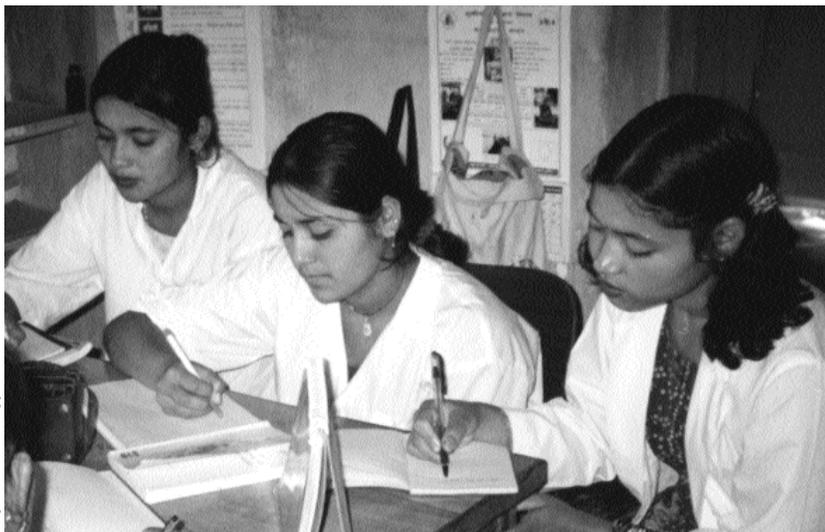
appries, on peut citer le fait que les clients étaient trop polis durant les entretiens postérieurs à la consultation mais étaient mieux disposés à formuler des critiques quand les entretiens se déroulaient à leur domicile. Par ailleurs, les observations des clients devraient être communiquées aux agents dès que possible pour qu'ils puissent réagir rapidement ; les observations devraient être recueillies fréquemment pour tenir compte du fait que les attentes des clients évoluent. L'étude a constaté que les boîtes à suggestions étaient la méthode la moins coûteuse d'obtenir les commentaires des clients (145).

Auto-évaluation. Une étude effectuée en Indonésie par le Ministère d'Etat de la population/Conseil national de coordination du planning familial (BKKBN) a évalué l'effet exercé par l'auto-évaluation et l'examen par des pairs sur les aptitudes à la consultation après un atelier de formation. Les agents ont utilisé des formulaires d'auto-évaluation pour évaluer pendant 16 semaines leurs aptitudes à la consultation. Ils ont également évalué le comportement des clients et leur influence sur ces derniers. En outre, certains agents se sont réunis hebdomadairement en groupes de trois ou quatre pour parler de leur travail.

Les évaluations ont aidé les agents à se rappeler ce qu'ils avaient appris durant l'atelier, à préciser les normes de performance, à reconnaître leurs points faibles et à y porter remède. Quatre mois après la formation, les agents qui avaient renforcé leur formation grâce à une auto-évaluation avaient de meilleures aptitudes à la consultation et établissaient de meilleurs rapports avec leurs clients, tandis que les clients s'exprimaient davantage et étaient plus satisfaits des consultations. Les discussions avec les pairs renforçaient les aptitudes à la consultation mais ne faisaient pas augmenter la satisfaction des clients (74).

Bons espaces de travail, matériel et équipement

Les problèmes d'environnement qu'ont souvent les programmes de santé reproductive sont le manque d'espace privé pour les consultations, l'épuisement des stocks de contraceptifs et le



Au Népal, des agents de santé écoutent à la radio une émission d'enseignement à distance. Les principales méthodes employées pour améliorer les connaissances et les aptitudes sont la formation en cours d'exercice et l'éducation avant l'entrée en service. Des auxiliaires pédagogiques tels que les listes de pointage ou les organigrammes peuvent offrir d'utiles indications.

manque de matériel ou de produits servant à désinfecter les instruments. Pour résoudre ces problèmes, les organisations :

- Améliorent leurs systèmes logistiques et organisent une formation (35) (voir **Population Reports, Logistique de la planification familiale : Renforcer la filière d'approvisionnement**, Série J, No. 51, hiver 2002).
- Collaborent avec les administrations locales et les communautés pour améliorer l'espace de travail et obtenir des produits. Au Brésil, des municipalités ont financé les aménagements de dispensaires qui participaient au programme d'accréditation PROQUALI, exécuté par les Secrétariats à la santé des états de Bahia et de Ceará. Le financement a payé les réparations, la réfection, un ordinateur, une voiture et un autoclave. Une ville a creusé un puits pour fournir l'eau nécessaire aux procédures de prévention des infections (69).
- Demandent aux bailleurs de fonds de les aider à acheter du matériel et mettent en place un système durable d'approvisionnement ou encouragent des partenariats public-privé à fournir des contraceptifs (46). En République dominicaine, par exemple, l'IDSS a reçu une aide du programme de gestion logistique de la planification familiale, que finance l'USAID, a organisé des ateliers de deux jours en gestion logistique et a négocié des dons de contraceptifs par l'USAID et le National Council for Population and the Family (CONAPOFA). L'IDSS a alors commencé à acheter des contraceptifs auprès du FNUAP (91, 134).

Stimulants

Toute une série de raisons amènent à travailler pour des programmes de santé. Certains aiment s'occuper d'autrui et prisent l'estime qui leur est accordée, le standing social dont jouissent les agents de santé et le respect des clients et des communautés (3, 23, 38, 92, 148). Le matériel et la formation qu'offre un emploi et la possibilité d'assister à des réunions sont aussi des éléments d'attraction (10, 23, 111, 169). Certains agents prisent suffisamment leur travail pour rester à leur poste même quand leurs salaires sont en retard (13). Bien entendu, beaucoup d'agents travaillent uniquement parce qu'ils ont besoin de gagner leur vie (5).

Pour encourager de meilleurs résultats, des organisations ont essayé de recourir à des stimulants tels que des majorations de

salaires, les témoignages de reconnaissance pour un bon travail et la possibilité de donner de meilleurs soins de santé.

Stimulants financiers. Un salaire de base attire les candidats et les encourage à venir régulièrement à leur travail, mais ne les amène pas nécessairement à bien travailler (47). Parmi les stimulants monétaires figurent le relèvement des indemnités d'habillement, de logement ou de formation ; les congés payés ou des rallonges de vacances, des repas gratuits, ou des cadeaux tels que des appareils ménagers ou des bicyclettes (9, 155). En Tanzanie, un programme de distribution à base communautaire paie ses agents en leur donnant du matériel qui leur permet d'augmenter leurs revenus, tels que bateaux, tracteurs ou machines à coudre (62).

Cependant, le fait de lier le salaire aux résultats du travail peut prêter à controverse. Au Zimbabwe, par exemple, les fonctionnaires se sont mis en grève en 1996 quand le gouvernement a proposé de lier les relèvements de salaire, une prime annuelle et les promotions aux résultats du travail. Les agents de santé pensaient qu'il était injuste de fixer aux résultats des objectifs élevés, vu le manque de personnel

et de moyens financiers. Déjà mal payés, les agents de santé se sont insurgés contre toute menace visant leurs maigres salaires. L'expérience du Zimbabwe a soulevé d'autres problèmes que pourrait susciter un pareil régime de stimulants : le fait de lier le salaire aux résultats du travail peut inspirer un manque de confiance à l'égard de l'évaluation, ou susciter des abus ; certains inspecteurs hésitent aussi à donner de mauvaises notes, peuvent ne pas savoir comment évaluer les employés, ou peuvent être trop occupés (110).

Les organisations de santé reproductive qui reçoivent une aide de l'USAID n'ont pas la possibilité de récompenser leurs employés s'ils respectent les contingents ou les cibles prévus concernant le nombre d'acceptants de la planification familiale (156, 158). Ils peuvent les récompenser cependant s'ils font dans d'autres domaines un excellent travail qui aide leurs organisations à atteindre leurs objectifs.

Témoignage d'estime. Des organisations peuvent consacrer la performance exceptionnelle en affichant des photos des employés (163), en désignant un employé du mois (9) ou en mentionnant un employé dans un bulletin. Elles peuvent aussi annoncer les avancements et les signaler aux médias locaux, ou célébrer des journées spéciales pour tel ou tel groupe d'employés, par exemple les infirmières sages-femmes.

Les témoignages apportés par des retours d'information positifs encouragent les employés en leur montrant comment ils peuvent s'améliorer. Par exemple, dans l'étude des consultations en Indonésie, l'auto-évaluation et l'examen par les pairs ont motivé les agents en leur permettant de suivre leurs propres progrès et en faisant ressortir leurs points forts et leurs points faibles (74). Dans le projet d'accréditation clinique PROQUALI, au Brésil, les agents ont été conduits à améliorer leur travail par les informations qu'ils recevaient en retour des fonctionnaires, inspecteurs, collègues et clients de l'état et de la ville (69).

En tenant compte des bons résultats, les programmes d'accréditation ont conduit les employés à s'efforcer de respecter les normes. Par exemple, un programme réalisé dans la zone occidentale du Guatemala améliore les soins de santé maternelle et infantile en accréditant des hôpitaux, des centres de santé et des postes de santé. Selon des enquêtes de base effectuées entre mars et août 2001, sept hôpitaux respectaient en moyenne 11 % des critères d'accréditation ; une enquête de

suivi, réalisée en décembre 2001, a révélé que le chiffre était passé à 40 % (113).

Amélioration des soins. Le fait de donner aux employés la possibilité d'améliorer les soins est, en soi, une incitation. Au Pérou, par exemple, dans le projet appelé « Jeter des ponts pour la qualité », les agents du Ministère de la Santé ont déclaré qu'ils n'avaient jamais pensé que leur travail prévoyait l'amélioration des rapports entre clients et agents. Dans leur nouveau rôle, ils ont appris des techniques de facilitation, par exemple le fait de poser des questions non limitatives, d'encourager la participation et de faire le point des débats. Ils ont estimé qu'ils pourraient mieux améliorer les services s'ils ne se bornaient pas à vérifier le travail des agents, à recevoir des rapports et à organiser la formation (57).

Quand les cadres demandent aux employés ce qui les motive, ils évitent ainsi les spéculations. Dans le projet de l'IDSS, par exemple, les moniteurs d'AP ont organisé des réunions d'expression avec les agents et des entretiens avec les directeurs d'hôpitaux pour voir quels stimulants, en dehors des relèvements de salaires, pourraient les conduire à être attentifs aux clients. En réponse à une question leur demandant quelles sortes de stimulants ils voudraient avoir, les employés ont cité des éléments tels que des bureaux propres et bien aérés, des congés supplémentaires, la possibilité de voyager pour recevoir une formation, un plus large partage d'informations avec le personnel, des marques publiques d'estime et la couverture d'assurance contre les risques du travail. Les agents qui travaillaient seuls dans des dispensaires voulaient avoir la possibilité de travailler en équipe (157). Si on leur offre une série de stimulants, les employés peuvent alors choisir ceux qui leur conviennent le mieux (12, 169).

Soutien apporté par l'organisation

Afin de renforcer le soutien apporté par l'organisation au travail des employés, les directeurs doivent veiller à d'autres facteurs de performance, tels que les attentes, le matériel et les stimulants. Ils peuvent aussi :

- Préciser et faire part de la mission de l'organisation, définir une stratégie de travail pour accomplir la mission et veiller à ce que la structure de l'organisation — voies hiérarchiques et affectation des ressources — soutienne la stratégie (13, 95, 142).
- Faire participer le personnel de secrétariat aux efforts visant à mieux respecter les directives. Les patients de médecins américains ont reçu de meilleurs services quand, par exemple, le personnel de secrétariat leur a fourni des informations et leur a manifesté de la sympathie dans le cadre d'une campagne de lutte contre le tabagisme (24).
- Mettre en place un système de supervision qui encourage les suggestions et la recherche de solution des problèmes par les employés à tous les niveaux de l'organisation (11, 22). Par exemple, au Honduras, une organisation privée de planification familiale, ASHONPLAFA, a renforcé son système de supervision en 1999 et en 2000 en conjuguant un soutien plus vigoureux par le personnel d'encadrement — définition des normes, réunions de planification, retour d'information et évaluation, visites sur le terrain et témoignage d'estime pour bons services — et l'encouragement donné aux employés de se surveiller eux-mêmes (26).

Connaissances et savoir-faire

Le renforcement de l'éducation avant l'entrée en service et le recyclage sont les principaux moyens permettant d'améliorer les connaissances et le savoir-faire. Des instruments tels que les listes de pointage ou les organigrammes sont également utiles pour fournir des informations et des conseils aux

employés ; cependant, il faut alors, en général, donner une formation pour apprendre à s'en servir (30, 76).

La formation en soins de santé reproductive fait une place de choix au transfert de l'apprentissage au lieu de travail et à la preuve des compétences des stagiaires (65, 132, 152). Le transfert de l'apprentissage est difficile. En règle générale, les participants aux programmes de formation n'emploient dans leur travail que 10–20 % de ce qu'ils ont appris parce que leur formation a été mal conçue ou parce qu'ils ne reçoivent aucun appui pour changer leurs façons d'agir (150). Les formateurs, les spécialistes et les moniteurs d'AP collaborent pour améliorer l'efficacité de l'éducation en soins de santé reproductive.

Le renforcement de l'éducation avant l'entrée en service peut exercer un effet plus profond et plus durable que le recyclage. En effet, l'éducation avant l'entrée en service influence un plus grand nombre de personnes et les connaissances et les aptitudes acquises dans les écoles professionnelles conditionnent les pratiques de nombreux élèves durant toute leur carrière. Les leçons tirées des programmes visant à renforcer l'éducation avant l'entrée en service aux Philippines et en Turquie, par exemple, montrent qu'il est important de recruter un vigoureux promoteur du changement dans les écoles et d'instituer un rapport étroit entre les écoles professionnelles et les établissements cliniques (171).

Le recyclage en cours d'exercice renouvelle les connaissances et le savoir faire, ou fait connaître de nouvelles informations et de nouvelles techniques. Le recyclage se fait soit sur place, sur le lieu de travail, soit ailleurs. Il peut être informel ou structuré (61, 150). Selon un programme SAA réalisé au Kenya, par exemple, un recyclage structuré sur le lieu de travail présente l'avantage que la formation répond aux besoins particuliers de chaque dispensaire, qu'on choisit les employés susceptibles de tirer le meilleur parti de la formation et qu'on ne change guère le déroulement des services cliniques (168).

La formation comporte des éléments de structure, de méthodes et de matériaux. Elle se fait par apprentissage individuel, par auto-évaluation, par apprentissage jumelé, par examen par les pairs, ou en groupe (74, 105, 150). Parmi les méthodes de formation, on peut citer les leçons particulières, l'apprentissage dirigé, l'analyse d'études de cas et le jeu de rôles (109, 150, 166). La formation fragmentée — selon laquelle une aptitude est décomposée en éléments et le stagiaire reçoit des leçons portant sur chacun d'entre eux — a amélioré les prestations des agents (170). Souvent, ce sont des formules conjugant plusieurs éléments qui donnent les meilleurs résultats (25).

Les manuels sont complétés par des CD-ROM, des instructions affichées sur le World Wide Web, et des informations fournies par courrier électronique. Par exemple, un réseau d'ONG boliviennes de soins de santé, PROCOSI, se sert de CD-ROM et du courrier électronique pour donner à ses collaborateurs une formation en animation et gestion (167).

Le transfert de l'apprentissage au lieu de travail exige une coopération entre superviseurs, formateurs, stagiaires et collègues. Chacun a un rôle à jouer avant, durant et après l'apprentissage. Par exemple, avant l'apprentissage, les superviseurs aident à choisir les stagiaires, travaillent avec les formateurs pour définir les objectifs de la formation, font connaître aux stagiaires ce qu'on attend d'eux une fois formés, et affectent les stagiaires à des travaux aux côtés de collègues. Après la formation, les superviseurs et les formateurs doivent aller voir les stagiaires sur leur lieu de travail pour les surveiller, les aider et leur apprendre à bien se servir de leurs nouvelles connaissances et de leur nouveau savoir-faire (132). Il s'agit de resserrer les liens entre formation et exécution du travail (21, 152).

Suivre et évaluer les résultats

Des employés ou des consultants suivent les solutions pour s'assurer qu'elles sont réalisées comme prévu, et ils les évaluent afin de juger les résultats. Le suivi permet aux employés de réagir à des problèmes inattendus ou de profiter d'occasions exceptionnelles. Parmi les activités de suivi, on peut vérifier que toutes les parties prenantes sont impliquées, que les cadres supérieurs donnent publiquement leur appui et que les employés dont on analyse le travail participent à l'exercice et acceptent les solutions.

Les moniteurs du programme font connaître aux autres membres de l'équipe les problèmes ou changements qui se répercutent sur d'autres dates-butoirs (102). Si les résultats n'atteignent pas les buts escomptés, on peut alors procéder à des aménagements à mi-course. Dans un programme de formation de formateurs, par exemple, les moniteurs peuvent observer l'enseignement des formateurs, prendre note de toute faiblesse et suggérer d'apporter des changements au plan d'étude (126).

Pour évaluer les solutions, des employés ou des consultants mesurent les résultats obtenus une fois les solutions mises en place et les comparent aux résultats escomptés dont étaient convenues les parties prenantes. Les évaluateurs emploient les mêmes indicateurs de résultats qui avaient servi à mesurer au début les manques de la performance. Les données proviennent d'observations, d'entretiens ou d'enquêtes auprès d'employés et de clients, d'auto-évaluations, de questionnaires ou de dossiers cliniques.

Peu d'organisations de soins de santé reproductive ont évalué leur emploi de la méthode AP. Seul le projet pilote réalisé par l'Institut dominicain de la sécurité sociale (IDSS) a des documents concernant son évaluation. Pour l'IDSS, des consultants ont mesuré les résultats effectifs dans trois provinces, San Cristóbal, La Romana et La Vega. Ils ont effectué une enquête de base en mars/avril 1999 et des enquêtes de suivi en août 1999, six semaines après la mise en place de solutions, et enfin en juillet/août 2000. Ils ont posé trois questions :

- **Est-ce que le projet a comblé les manques de la performance ?** L'équipe d'évaluation a analysé les résultats dans le temps dans la province de San Cristóbal, où l'IDSS a appliqué toute la série de solutions concernant les résultats escomptés, l'évaluation des résultats, et les connaissances et le savoir-faire.
- **Est-ce qu'il y a des différences entre les provinces ?** L'équipe d'évaluation a comparé les résultats de San Cristóbal et ceux de La Romana, où les agents ont travaillé sur les résultats escomptés et le retour d'information, mais n'avaient pas reçu de formation spéciale, et de La Vega, province témoin où aucune solution n'a été appliquée.
- **Est-ce que les établissements étaient différents ?** L'équipe d'évaluation a comparé les manques de la performance obtenue par les employés dans les trois catégories d'établissements de santé qui ont participé au projet — hôpitaux, dispensaires et cabinets de médecins.

Est-ce que le projet a comblé les manques de la performance ?

L'évaluation de l'IDSS a mesuré les lacunes de traitement attentif des clients et le manque de connaissances par les agents des services de santé reproductive qu'offrait l'Institut.

Traitement attentif des clients. L'évaluation avait deux volets : entretiens avec les clients après qu'ils aient utilisé les services

de santé reproductive et observations des employés durant leurs prestations. Les enquêteurs et les observateurs remplissaient des questionnaires qui mesuraient les indicateurs de traitement attentif des clients. Les questionnaires évaluaient quatre éléments des consultations : courtoisie (est-ce que l'employé vous a salué et vous a appelé par votre nom ?) ; respect de l'intimité (est-ce que l'employé a veillé à ce que la consultation ait lieu dans une ambiance aussi détendue et isolée que possible ?) ; information (est-ce que l'employé vous a donné des informations qui répondaient à vos questions ou à vos besoins ?) ; et solution de problèmes (est-ce que l'employé vous a aidé à trouver une solution qui résolvait un problème ?). Sur la base du questionnaire, la note maximum pour les résultats escomptés était 12.

A San Cristóbal, la lacune a été comblée de manière appréciable, aux dires des clients et des observateurs. Selon les clients, la lacune est tombée de 5,2, au moment de l'enquête de base, à 4,7 (10 % de différence par rapport à l'enquête de base) lors de la deuxième enquête. Selon les observateurs, la lacune est tombée de 7,9 à 4,3 (46 %) à la date de la première enquête, pour remonter ensuite à 5,6 (29 %) durant la deuxième enquête (120).

Connaissance des services de santé reproductive. Les moniteurs d'AP se sont entretenus avec environ 80 agents afin d'évaluer leur connaissance de l'ensemble des services de santé reproductive qu'offrait l'IDSS. Ils ont posé aux agents trois questions et leur ont attribué des notes en fonction du nombre de services qu'ils mentionnaient dans leur réponse : 1) Qu'entendez-vous par services de santé reproductive ? 2) Quels sont les services de santé reproductive offerts par cet établissement ? et 3) Vers quels services de santé reproductive pouvez-vous aiguiller vos clients ? A San Cristóbal, le manque de la performance avait reculé de 32 % par rapport à celui qui existait au moment de la première enquête de suivi. Puis il a augmenté de 4 % lors de la deuxième enquête, probablement à cause du renouvellement du personnel (120).

Y avait-il des différences entre les provinces ?

Les différences entre San Cristóbal et La Romana montrent bien la valeur relative des solutions apportées aux problèmes de la performance. Dans La Romana, les lacunes de traitement attentif des clients se sont creusées ou n'ont pas sensiblement changé, et les lacunes des connaissances des services de santé reproductive par les agents s'étaient approfondies lors de la première enquête de suivi. Par rapport au recul des manques de la performance à San Cristóbal, les résultats obtenus à La Romana montrent que les agents manquaient de connaissances et de savoir-faire — et pas seulement d'objectifs clairs et de retour d'informations — et avaient besoin d'une formation et d'un suivi, qui n'étaient pas offerts dans cette province (37, 101). Par ailleurs, il se peut que les responsables n'aient pas communiqué les nouveaux objectifs avec suffisamment de clarté et de vigueur pour réduire les manques de performance à La Romana (37).

De plus grandes attentes des clients peuvent aussi expliquer l'accroissement des lacunes de la performance en matière de traitement attentif des clients durant la première enquête de suivi. Au vu des affiches qui décrivaient la qualité des services de santé reproductive, les clients se sont peut-être attendus à une amélioration de la qualité des soins que pouvaient fournir les agents à La Romana (63).

Les résultats obtenus à La Vega, qui était la province témoin, indiquent l'efficacité générale du projet pilote. Les petits changements apportés aux manques de la performance à La Vega montrent que l'amélioration des résultats obtenus à San Cristóbal était le fruit du projet pilote, plutôt que d'une amélioration générale des résultats dans toutes les provinces.

Est-ce que les établissements étaient différents ?

Les établissements ont réagi de façons sensiblement différentes au projet pilote. Les cabinets des médecins sont ceux qui se sont le plus améliorés. Par exemple, en matière de traitement attentif des clients, tel que le jugeaient les clients, les carences ont sensiblement reculé dans les cabinets de médecins entre l'enquête de base et l'enquête de suivi, tombant de 5,8 à 5,1 (12 %) sur l'échelle de 12 points. Par contre, dans les hôpitaux et les dispensaires, les lacunes ont augmenté (120).

La bureaucratie et le renouvellement du personnel peuvent expliquer les différences entre les établissements. Les modalités en place dans les hôpitaux et d'autres grands établissements sont difficiles à modifier, notamment à la suite de projets de courte durée. Les modifications d'organisation qui sont nécessaires pour améliorer les résultats prennent plus de temps dans un grand établissement que dans un bureau (37). Par ailleurs, le renouvellement du personnel des hôpitaux a sans doute empêché d'améliorer les résultats parce que les nouveaux employés n'avaient pas participé au projet (120).

Gestion du changement

Pour améliorer la performance, il faut que les hommes et les organisations changent. Par exemple, il faut que les agents apprennent de nouvelles méthodes pour stériliser le matériel ou qu'ils changent d'attitude à l'égard des clients. Dans une organisation qui se décentralise, les employés apprennent à jouir d'une plus grande autorité et à prendre des décisions que leurs supérieurs avaient l'habitude de prendre en leur nom. L'application de la méthode AP fait intervenir la gestion du changement.

Le changement est créateur de tensions. Il provoque chez beaucoup de gens la peur, l'anxiété et le ressentiment. En l'absence d'une raison majeure, les gens résistent au changement parce qu'ils craignent d'avoir à adopter des modes de vie qui ne leur sont pas familiers (148), d'être contraints à faire plus de travail sans gagner davantage, ou de perdre leur emploi parce qu'on les jugera en fonction de normes qu'ils ne peuvent pas atteindre (22). Certains ne veulent pas assumer plus de responsabilités (119, 148). D'autres n'aiment pas les changements imposés de l'extérieur (29) ou n'aiment pas leurs conditions de travail, protestent et résistent au changement (4, 22, 112, 144, 147).

Les animateurs d'une organisation qui utilise l'AP doivent tenir compte dans leurs projets des réactions diverses des employés à l'égard du changement. La plupart des gens changent lentement et par étapes. Une théorie de l'évolution du changement du comportement le décompose en cinq étapes : examen préalable, examen, préparation, action et examen postérieur (160). Les gens ont une réaction diverse au changement et forment cinq groupes d'innovateurs, d'adop-

teurs rapides, de majorité rapide, de majorité tardive et d'adopteurs tardifs. La rapidité d'adoption est fonction de la perception des avantages, de la difficulté d'adoption et de l'habileté avec laquelle le changement est apporté (77,138).

Besoin d'un leadership créatif

On a besoin de leaders vigoureux et créatifs pour entreprendre et poursuivre un changement. Ils doivent inspirer les employés et les convaincre de mener à bien une évolution qui est parfois difficile et longue. Des leaders décidés à changer les choses peuvent apparaître à n'importe quel niveau d'une organisation, et pas seulement aux échelons supérieurs. Pour lancer un processus de changement, les leaders :

- Expérimentent et communiquent une raison urgente. L'urgence découle en général d'un changement qui a lieu en dehors de l'organisation, par exemple une réduction du financement ou un changement de clientèle (104). En République dominicaine, par exemple, au fur et à mesure qu'un plus grand nombre de femmes ont trouvé un emploi, au début des années 1990, l'Institut de la sécurité sociale (IDSS) a eu à s'occuper de plus de femmes que d'hommes et les femmes n'étaient pas satisfaites des services de santé reproductive qu'il offrait (91).
- Englobent toute une série d'employés dans les projets de changement. Avec la méthode AP, la participation des parties prenantes crée un noyau de personnes qui soutiennent le changement et réduisent la probabilité de résistance. L'expérience acquise dans l'industrie américaine semble indiquer que les organisations peuvent changer quand au moins le quart des employés le veulent (77).
- Créent une vision de l'organisation. Les leaders donnent une vision à l'organisation et relient les changements à cette vision, amenant ainsi les employés à comprendre la raison du changement.

Pour communiquer une vision, il faut être patient et crédible. Les leaders donnent l'exemple de la nouvelle façon de travailler. Ils doivent expliciter leur vision à maintes reprises et de maintes façons — présentations, discussions informelles, lettres, mémos et bulletins — pour en faire le principe directeur des employés (77). Les changements deviennent permanents quand les employés changent leur façon de voir et d'exécuter leur travail (77, 84).

L'amélioration de la performance promet de faire pour les organisations et programmes de santé reproductive des pays en développement ce qu'elle a fait pour les entreprises du monde entier : améliorer les services grâce à des solutions bien conçues des problèmes de la performance. La méthode AP aide les organisations à inspirer, guider et équiper les employés, à leur permettre d'accomplir la mission de leur organisation et à fonctionner au plus haut niveau possible. Le résultat peut être des employés plus productifs, des programmes de santé reproductive plus efficaces et des clients mieux satisfaits. (*Edition française de ce numéro : février 2003*)

Bibliographie

Un astérisque (*) dénote une publication qui a été particulièrement utile pour préparer le présent numéro de **Population Reports**.

1. ADDISON, R.M., and HAIG, C. Human performance technology in action. In: Stolovitch, H. and Keeps, E. Handbook of human performance technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 298-318.
2. ADETUNJI, A. (EngenderHealth) [Performance Improvement in Nigeria] Personal communication, May 10, 2001.

3. AHMED, A.M., MUNG'ONG'O, E., and MASSAWE, E. Tackling obstacles to health care delivery at district level. World Health Forum 12: 483-489. 1991.
4. AINSLIE, R. (Johns Hopkins University/Center for Communication Programs) [Performance Improvement in Brazil (PRO-QUALI) and Guatemala (CaliRed)] Personal communication, June 9, Oct. 16, 2001; May 2, 2002.
5. AITKEN, J.-M. Voices from the inside: Managing district health services in Nepal. International Journal of Health Planning and Management 9(4): 309-340. 1994.
6. ALLERY, L.A., OWEN, P.A., and ROBLING, M.R. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: A critical incident study. British Medical Journal 314: 870. Mar. 22, 1997.
7. ANONYMOUS. Puentes hacia la calidad de atención en salud [Bridges toward the quality of care in health]. [manu-

- script]. Save the Children, Oct. 15, 2001. 4 p.
8. ANONYMOUS. "Building bridges for quality": A community mobilization project to improve quality. [draft]. no date. 3 p.
9. ASKOV, K., MACAULAY, C., MILLER FRANCO, L., SILIMPERI, D., and VAN ZANTEN VELDHIJZEN, T. Institutionalization of quality assurance. Bethesda, Maryland, Center for Human Services, No date. (Project Report) 38 p.
10. BAYA, B., GUIELLA, G., OUEDRAOGO, C., and PICTET, G. Evaluation de la stratégie de distribution à base communautaire [Evaluation of the strategy of community-based distribution]. [CD-ROM, "Electronic Library, 1990-1999," from Population Council, Frontiers in Reproductive Health]. Laboratoire de Santé Communautaire du Bazega, Dec. 1998. 123 p.
11. BEN SALEM, B., and BEATTIE, K.J. Facilitative supervision: A vital link in quality reproductive health service delivery. New York,

- AVSC International, Aug. 1996. (Working Paper No. 10) 19 p.
12. BENNETT, S., and MILLER FRANCO, L. Summary proceedings: Workshop on health worker motivation and health sector reform. Bethesda, Maryland, Oct. 1998. Partnerships for Health Reform/Abt Associates, 37 p.
13. BENNETT, S., and MILLER FRANCO, L. Public sector health worker motivation and health sector reform: A conceptual framework. Bethesda, Maryland, Abt Associates/Partnerships for Health Reform, Jan. 1999. (Major Applied Research 5, Technical paper 1) 45 p.
14. BENNIS, W.G., and NANUS, B. Leaders: Strategies for taking charge. New York, Harper & Row, 1985. 244 p.
15. BHATTACHARYYA, K., SHAFRITZ, L., and GRAEFF, J.A. Sustaining health worker performance in Burkina Faso. Arlington, Virginia, BASICS, 1997. 45 p.
16. BLAKE, S.M., NECOCHEA, E., BOSSEMEYER, D., GRIFFEY BRECHIN, S.J., LEMOS DA SILVA, B., and MAFALDA IDEFONSO DA SILVEIRA, D. PROQUALI: Development and dissemination of a primary care center accreditation model for performance and quality improvement in reproductive health services in northern Brazil. Baltimore, JHPIEGO, July 1999. (JHP No. 03) 77 p.
17. BORNSTEIN, T. (Center for Human Services/Quality Assurance Project) [Performance improvement and quality assurance] Personal communication, Apr. 17, 2001.
18. BORNSTEIN, T. Quality Improvement and Performance Improvement: Different means to the same end? QA Brief, Vol. 9 No. 1, Spring 2001. p. 4-12.
19. BOULAY, M. (Johns Hopkins University/Center for Communication Programs) [The client as performer in Nepal] Personal communication, Apr. 3, 2001.
20. CAIOLA, N. Application of the PI process in Ghana. Pi-L listserv. Posted to the Pi-L e-mail listserv Apr. 27, 2000. (Available: <<http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>>, Accessed May 17, 2001).
21. CAIOLA, N., and SULLIVAN, R.L. Performance Improvement: Developing a strategy for reproductive health services. Baltimore, JHPIEGO, May 2000. (Strategy paper No. 9) 12 p.
22. CAIOLA, N., SULLIVAN, R.L., LYNAM, P., and TRANGSRUD, R. Supervising health services: Improving the performance of people. [draft]. Baltimore, JHPIEGO, Jan. 11, 2001. 122 p. [available on CD-ROM, May 2002].
23. CHEGE, J., SANOGO, D., ASKEW, I., BANNERMAN, A., GREY, S., GLOVER, E.K., YANKEY, F., and NEROUAYE-TETTEH, J. An assessment of the community based distribution programmes in Ghana. Nairobi, Kenya, Population Council, Planned Parent Association of Ghana, Nov. 2000. 36 p.
24. COHEN, S.J., HALVORSON, H.W., and GOSSELINK, C.A. Changing physician behavior to improve disease prevention. *Preventive Medicine* 23: 284-291. 1994.
25. DAVIS, D.A., THOMSON, M.A., OXMAN, A.D., and HAYNES, B. Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Journal of the American Medical Association* 274(9): 700-705. Sep. 6, 1995.
26. DE LA PEZA, L., and ELLIS, A. Case: PI work with ASHONPLAFA in Honduras. Pi-L listserv. Posted to the Pi-L e-mail listserv May 29, 2001. (Available: <http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>), Accessed May 29, 2001)
27. DETTNER, H.W. Goldratt's theory of constraints: A systems approach to continuous improvement. Milwaukee, Wisconsin, American Society for Quality, 1997. 378 p.
28. DOHLIE, M., MIELKE, E., BWIRE, T., ADRIANCE, D., and MUMBA, F. COPE: A model for building community partnerships that improve care in East Africa. *Journal for Healthcare Quality* 22(5). Sep./Oct. 2000.
29. DORMANT, D. Implementing human performance technology in organizations. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 237-259.
30. ELLIOTT, P.H. Job aids. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 430-441.
31. EMSLIE, C., GRIMSHAW, J.M., and TEMPLETON, A. Do clinical guidelines improve general practice management and referral of infertile couples. *British Medical Journal* 306: 1728-1731. 1993.
32. ENGENDERHEALTH. COPE: Self-assessment guides for reproductive health services. New York, EngenderHealth, 1999. (No. SM-15).
33. ENGENDERHEALTH. What is COPE? <<http://www.engenderhealth.org/ia/sq/qcope.html>>. EngenderHealth, January 3, 2002.
34. ENGENDERHEALTH. Community COPE. New York, EngenderHealth, 2002. (No. SM-23).
35. FAMILY PLANNING LOGISTICS MANAGEMENT/JOHN SNOW, INC. (FPLM/JSI). Programs that deliver: Logistics contributions to better health in developing countries. Arlington, Virginia, FPLM/JSI, 2000. 117 p.
36. FELLING, B. (John Snow) [Performance Improvement in the Deliver project] Personal communication, Mar. 28, 2001; Feb. 26, 2002.
37. FORT, A. (Intra/PRIME) [Evaluation of the Dominican Republic pilot project] Personal communication, Aug. 21, 2001.
38. FORT, A., CALIX, M., CARIAS, D., CORDERO, M., ESCOTO, H., ESPADA, S.L., JASKIEWICZ, W., KILLIAN, R., LUOMA, M., and VALLEJO, F. Baseline survey on licensing and the performance of primary health care providers in Region 7-Olancho, Honduras: primary provider performance, its factors and client perception. Chapel Hill, North Carolina, PRIME II, Feb. 2002. (PRIME II Technical Report No. 29A) 58 p.
39. FOSHAY, W.R., MOLLER, L., SCHWEN, T.M., KALMAN, H.K., and HANEY, D.S. Research in Human Performance Technology. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 895-915.
40. FOX, D., BYRNE, V., and ROUAULT, F. Performance improvement: What to keep in mind. Alexandria, Virginia, American Society for Training & Development (ASTD), 2001. (Available: <http://www.astd.org/CMS/templates/index.html?template_id=1&articleid=23620>)
41. FULLER, J. From training to performance. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of human performance technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 281-297.
42. GARRISON, K. From training to performance: Issues in planning. Proceedings of the Performance Improvement: Orientation, programming & skill building course [CD-ROM], Alexandria, Virginia, Oct. 15-19, 2001. Available from JHPIEGO (see box, p. xx).
43. GARRISON, K. Performance Improvement in preservice. Pi-L listserv. Posted to the Pi-L e-mail listserv Oct. 10, 2001. (Available: <<http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>>, Accessed Oct. 10, 2001)
44. GARRISON, K. (JHPIEGO) [JHPIEGO projects using the Performance Improvement approach] Personal communication, Jan. 4, 2002.
45. GARRISON, K. Supervision in Kenya. Pi-L listserv. Posted to the Pi-L e-mail listserv May 6, 2002. (Available: <<http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>>, Accessed May 6, 2002)
46. GAYE, P., SIDHOM, Y., ADENIRAN, B., OJEDIRAN, M., LUOMA, M., HEEREY, M., AWOSIYAN, M., ADETUNJI, A., DOSUMU, B., CORDERO, C., JOHNSON, S., and ANYANWU, L. Assessing the performance of family planning service at the primary care level in Nigerian local government area health centers and NGO clinics: Final report. Chapel Hill, North Carolina, PRIME II, Jan. 2001. 70 p.
47. GELLERMAN, S.W. Motivation in the real world: The art of getting extra effort from everyone. New York, Penguin, 1992. 324 p.
48. GILBERT, T.F. Human competence: Engineering worthy performance. Washington, D.C., International Society for Performance Improvement, 1996. 376 p.
49. GREER, M. Planning and managing human performance technology projects. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 96-121.
50. GRIFFIN, J. (US Agency for International Development) [Performance improvement] Personal communication, Dec. 6, 2000. Oct. 16, 2001.
51. GRIMES, D.A. The need for systematic reviews in family planning. *WHO Reproductive Health Library* (3): 2. 2000.
52. GRIMSHAW, J.M., and RUSSELL, I.T. Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluation. *Lancet* 342: 1317-1322. 1993.
53. GRIMSHAW, J.M., and RUSSELL, I.T. Achieving health gain through clinical guidelines. II: Ensuring guidelines change medical practice. *Quality in Health Care* 3: 45-52. 1994.
54. GROL, R. Implementing guidelines in general practice care. *Quality in Health Care* 1(3): 184-191. Sep. 1992.
55. HARBBER, L. (Intra/PRIME) [Material production for the PI project in the Dominican Republic] Personal communication, Aug. 23, 2001.
56. HEEREY, M. Bauchi State. Presented at the Nigeria Performance Needs Assessment Briefing, USAID, Washington, D.C., Jan. 8, 2001.
57. HOWARD-GRABMAN, L. (Save the Children) [Community mobilization in Peru] Personal communication, Aug. 2, 2001.
58. HUEZO, C., and DIAZ, S. Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception* 9: 129-139.
59. HULSCHER, M.E.J.L., WENSING, M., GROL, R., VAN DER WEIJDEN, T., and VAN WEEL, C. Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care. *American Journal of Public Health* 89(5): 737-746. May 1999.
60. HUNTINGTON, D., LETTENMAIER, C., and OBENGQUAIDOO, I. User's perspective of counseling training in Ghana: The "mystery client" trial. *Studies in Family Planning* 21(3): 171-177. May/June 1990.
61. JACOBS, R.L. Structured on-the-job training. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 606-625.
62. JANOWITZ, B., CHEGE, J., THOMPSON, A., RUTENBERG, N., and HOMAN, R. Community-based distribution in Tanzania: Costs and impacts of alternative strategies to improve worker performance. *International Family Planning Perspectives* 26(4): 159-160, 193-195. Dec. 2000.
63. JASKIEWICZ, W. (PRIME) [Performance improvement in Latin America] Personal communications, July 10, 2001-May 24, 2002.
64. JHPIEGO. Defining and strengthening the MAQ/PI relationship at JHPIEGO. http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6pi/pi_maq.htm, JHPIEGO, April 23, 2001.
65. JHPIEGO. JHPIEGO's Instructional Design Process. <<http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6training/process/3ids.htm>>. JHPIEGO, Dec. 25, 2001.
66. JHPIEGO. Report of analysis of performance improvement under the MNH Koupéla project. [draft translation from French]. Baltimore, JHPIEGO, Nov. 2001. 21 p.
67. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY/CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS. Distance education works. *Communication Impact!* (1). Jan. 1998. (Available: <<http://www.jhuccp.org/centerpubs/impact/number1/index.htm>>)
68. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY/CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS. PROQUALI improves health services in Brazil. *Communication Impact!* (10): 2. Aug. 2000. (Available: <<http://www.jhuccp.org/centerpubs/impact/number10/index.htm>>, Accessed Sep. 20, 2001)
69. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY/POPULATION COMMUNICATION SERVICES (JHU/PCS). PROQUALI technical document. [draft]. Baltimore, JHU/PCS, May 9, 2000. 48 p.
70. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH-CARE ORGANIZATIONS (JCAHO). Performance improvement in ambulatory care. Oakbrook Terrace, Illinois, JCAHO, 1997. 212 p.
71. KEARNY, L., and SMITH, P. Workplace design for creative thinking. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 464-484.
72. KELLEY, E., GESLIN, C., DJIBRINA, S., and BOUCAR, M. The impact of QA methods on compliance with the Integrated Management of Childhood Illness Algorithm in Niger. Bethesda, Maryland, Center for Human Services/Quality Assurance Project, 2000. (Operations Research Results No. 1(2)) 16 p.
73. KEPNER-TREGOE. People and their jobs: What's real, what's rhetoric? http://www.kepner-tregoe.com/pdf/people_Jobs_KL445a.pdf. Kepner-Tregoe, Nov. 2, 2001.
74. KIM, Y.M., PUTIUK, F., KOLS, A.J., and BASUKI, E. Improving provider-client communication: Reinforcing IPC/C training in Indonesia with self-assessment and peer review. Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project, 2000. (Operations Research Results No. 1(6)) 18 p.
75. KIM, Y.M., TAVROW, P., MALIANGA, L., SIMBA, S., PHIRI, A., and GUMBO, P. The quality of supervisor-provider interactions in Zimbabwe. Bethesda, Maryland, Center for Human Services, Quality Assurance Project, 2000. (Operations Research Results No. 1(5)) 16 p.
76. KNEBEL, E., LUNDAHL, S., EDWARD-RAJ, A., and ABDALLAH, H. The use of manual job aids by health care providers: What do we know? Bethesda, Maryland, Quality Assurance Project/Center for Human Services, Feb. 2000. (Operations Research Issues Paper No. 1) 24 p.
77. KOTTER, J.P. Leading change. Boston, Harvard Business School Press, 1996. 187 p.
78. KUMAR, K. Rapid, low-cost data collection methods for A.I.D. Washington, D.C., US Agency for International Development, Dec. 1987. (Program Design and Evaluation Methodology Report No. 10) 34 p.
79. KUMAR, V., RUDY, S., and SHAH, S. Improving the performance of community midwives in Yemen. [draft]. New Delhi, India, Intra/PRIME II, 2000. 15 p.
80. LEIBLER, S.N., and PARKMAN, A.W. Human resources selection. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 351-372.
81. LEÓN, F.R., QUIROZ, G., and BRAZZODURO, A. The reliability of simulated clients' quality-of-care ratings. *Studies in Family Planning* 25(3): 184-190. May-June 1994.
82. LION COLEMAN, A. (Intra/PRIME) [Performance Improvement in the Dominican Social Security Institute] Personal communication, May 17, 2001.
83. LOMAS, J., ENKIN, M., ANDERSON, G.M., HANNAH, W.J., VAYDA, E., and SINGER, J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. *Journal of the American Medical Association* 265(17): 2202-2207. May 1, 1991.
84. LOZARE, B. (Johns Hopkins Center for Communication Programs) [Leadership and change] Personal communication, Apr. 10, 2001.
85. LUOMA, M. Performance improvement and quality improvement. Pi-L listserv. Posted to the Pi-L e-mail listserv Jan. 6, 2000. (Available: <<http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html>>)
86. LUOMA, M. Armenia debrief. Technical leadership area: Systems for improved performance. [PowerPoint presentation]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME II, Aug. 24, 2001. 14 p.
87. LUOMA, M. Ghana Why True. [draft]. Chapel Hill, PRIME, June 19, 2001.
88. LUOMA, M. (Training Resources Group (TRG)/PRIME) [Performance improvement] Personal communications, June 28, 2001-Apr. 22, 2002.
89. LUOMA, M. Selecting interventions. [draft]. Chapel Hill, July 10, 2001. 1 p.
90. LUOMA, M., GAUTHAM, M., and KUMAR, V. Performance assessment of Indigenous Systems of Medicine and rural practitioners in Uttar Pradesh, India. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, Feb./Mar. 1999. 29 p.
91. LUOMA, M., JASKIEWICZ, W., MCCAFFERY, J., and CATOTTI, D. Dominican Republic Performance Improvement project evaluation. Chapel Hill, NC, PRIME, Jan. 2000. (Technical report No. 19) 87 p.
92. LYNAM, P., RABINOVITZ, L.M., and SHOBOWALE, M. The use of self-assessment in improving the quality of family planning clinic operations: The experience with COPE in Africa. New York, EngenderHealth, Dec. 1992. (AVSC Working Paper No. 2) 15 p.
93. MADDEN, J.M., QUICK, J.D., ROSS-DEGNAN, D., and KAFLE, K.K. Undercover careseekers: Simulated clients in the study of health provider behavior in developing countries. *Social Science and Medicine* 45(10): 1465-1482. Nov. 1997.
94. MAGER, R.F., and PIPE, P. Analyzing performance problems: Or you really oughta wanna. 3rd ed. Atlanta, Center for Effective Performance, 1997. 183 p.
95. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). Family Planning Management Development <http://www.msh.org/FPM/management_areas/index.html>. MSH, May 13, 2002.
96. MARQUEZ, L. Helping healthcare providers perform according to standards. Bethesda, Maryland, Center for Human

- Services/Quality Assurance Project, 2001. (Operations Research Issues Paper No. 2(3)) 36 p.
97. MASSOUD, R. (Quality Assurance Project/Center for Human Services) [Quality assurance and performance improvement] Personal communication, July 25, 2001.
- *98. MASSOUD, R., ASKOW, K., REINKE, J., MILLER FRANCO, L., BORNSTEIN, T., KNEBEL, E., and MACAULAY, C. A modern paradigm for improving healthcare quality. Bethesda, Maryland, Center for Human Services/Quality Assurance Project, 2001. (QA Monograph No. 1) 78 p.
99. MATERNAL AND NEONATAL HEALTH PROGRAM. Country Profile: Guatemala. [newsletter]. Baltimore, JHPIEGO, no date. 2 p. (Available: <http://www.mnh.jhpiego.org/where/guatemala1.asp>, Accessed Sep. 4, 2001)
100. MAU, K. (Kendall Philip Consulting) [Performance improvement in developing countries] Personal communication, June 26, 2001.
101. MCCAFFERY, J. (Training Resources Group (TRG)/PRIME II) [Performance Improvement: Overview and the pilot project in the Dominican Republic] Personal communications, Mar. 28, Aug. 22, 2001; Mar. 7, 2002.
- *102. MCCAFFERY, J., LUOMA, M., NEWMAN, C., RUDY, S., FORT, A., and ROSENSWEIG, F. Performance Improvement: Stages, steps and tools. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, 2000. 95 p.
103. MCINTOSH, N., KINZIE, B., and BLOUSE, A. IUD guidelines for family planning services: A problem-solving reference manual. Baltimore, JHPIEGO Corporation, 1993. 191 p.
104. MCNAMARA, C. Basic context for organizational change. <www.mapnp.org/library/mgmt/orgchnge.htm>. Management Assistance Program for Nonprofits, Jan. 24, 2002.
105. MCNAMARA, C. Strong value of self-directed learning in the workplace: How supervisors and learners gain leaps in learning. <http://www.mapnp.org/library/rng_dev/methods/slf_drct.htm>. Management Assistance Program for Nonprofits, Nov. 20, 2001.
106. MENSCH, B. Using data on client-provider interactions to assess the quality of family planning services. [unpublished]. Washington, D.C., Sep. 9-10, 1993. (Presented at the Expert meeting on information systems and measurement for assessing program effects, sponsored by the National Academy of Sciences Committee on Population) 19 p.
107. MILLER FRANCO, L., KANFER, R., MILBURN, L., QARRAIN, R., and STUBBLEBINE, P. Determinants of health worker motivation in Jordan: A 360 degree assessment in two hospitals. Bethesda, Maryland, Partnerships for Health Reform/Abt Associ-ates, July 2000. (Major Applied Research 5, Working Paper 7) 67 p.
108. MORGAN, C., and MURGATROYD, S. Leading thinkers for Total Quality Management. In: Total Quality Management in the public sector: An international perspective. Buckingham, England, Open University Press, 1994. p. 35-41.
109. MURRAY, M. Performance improvement with mentoring. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 545-563.
110. MUTIZWA-MANGIZA, D. The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe. Bethesda, Maryland, Abt Associates, Nov. 1998. (Major Applied Research 5, Working Paper 4) 28 p.
111. NAVRONGO HEALTH RESEARCH CENTRE and POPULATION COUNCIL. The Navrongo community health and family planning project: Lessons learned 1994-1998. [CD-ROM, "Electronic Library, 1990-1999," from Population Council, Frontiers in Reproductive Health]. Navrongo Health Research Centre, Population Council, Apr. 1999. (Operations Research Technical Assistance, Africa Project II) 204 p.
112. NECOCHEA, E. (JHPIEGO) [Performance Improvement in Latin America] Personal communication, Aug. 3, 2001.
113. NECOCHEA, E., AINSLIE, R., BOSSEMAYER, D., CORDON, O., GARCIA COLINDRES, J., METCALFE, G., PEINADO, L., and POPPE, P. CaliRed: A performance and quality improvement model for maternal and neonatal health services in Guatemala. [abstract]. Baltimore, JHPIEGO, 2002. 1 p.
114. NEWMAN, C. PRIME's Performance Improvement initiative underway in Burkina Faso. PRIME Perspectives, No. 3, Aug. 1998. p. 1-5.
115. NEWMAN, C. Following up performance: Lessons from the field. Performance Improvement 41(1): 11-18. Jan. 2002.
116. O'BRIEN, P. The Cochrane Collaboration: Preparing, maintaining and disseminating systematic reviews in fertility regulation. British Journal of Family Planning 23: 37-38. July 1997.
117. O'BRIEN, T., OXMAN, A.D., DAVIS, D.A., HAYNES, R.B., FREEMANTLE, N., and HARVEY, E.L. Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev (2): CD000409. 2000.
118. OXMAN, A.D., THOMSON, M.A., DAVIS, D.A., and HAYNES, R.B. No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Canadian Medical Association Journal (153): 1423-1431. 1995.
119. PADILLA, M. Performance Improvement: Lessons from the experience with a client feedback system in the Dominican Republic. [PowerPoint presentation]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, May 1, 2001, 22 p.
120. PADILLA, M., and FORT, A. Addendum to Technical Report 19: Results from the second follow-up study of the Dominican Republic performance improvement project evaluation. Chapel Hill, North Carolina, Intrah, Nov. 2001. (PRIME II Technical Report No. 28) 23 p.
121. PELOQUIN, J. (Population Leadership Program) [Applying Performance Improvement in developing countries] Personal communication, Mar. 29, 2002.
- *122. PERFORMANCE IMPROVEMENT CONSULTATIVE GROUP (PICG). Frequently asked questions about Performance Improvement. <http://www.pihealthcare.org/pi_faqs.htm>. PPICG, May 2, 2002.
123. PERFORMANCE IMPROVEMENT CONSULTATIVE GROUP. Descriptions of desired performance: How detailed? Proceedings of the Orientation, programming, and skill building course (CD-ROM), Alexandria, Virginia, Oct. 15-19, 2001. Available from JHPIEGO, Baltimore.
- *124. PERFORMANCE IMPROVEMENT CONSULTATIVE GROUP. Improving performance to maximize access and quality for clients [PowerPoint presentation]. July 6, 2001. (Available: <http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6p1/pp1/maqq1/maqq1pg.htm>)
125. PETERS, P. Seven tips for delivering performance feedback. <http://zigonperf.com/PMNews/7_feedback_tips.html>. Zigon Performance Group, May 1, 2001.
126. PIOTROW, P.T., KINCAID, D.L., RIMON, J.G., and RINE HART, W. Health communication: Lessons from family planning and reproductive health. Westport, Connecticut, Praeger, 1997. 307 p.
127. PRIME. Performance factors. [draft]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, July 9, 2001. 4 p.
128. PRIME. A performance improvement approach: Lessons learned [PowerPoint presentation]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME II, 2001.
129. PRIME. The role of the PI facilitator. [draft]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, July 12, 2001. 4 p.
130. PRIME. RRT (regional resource team) performance improvement tables (Ghana). [draft]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, June 19, 2001. 21 p.
131. PRIME. Yemen performance improvement: Connecting midwives and communities. [draft]. Chapel Hill, North Carolina, PRIME, June 16, 2001. 2 p.
132. PRIME II and JHPIEGO. Transfer of learning: A guide for strengthening the performance of health care workers. Chapel Hill, North Carolina: Baltimore, PRIME II and JHPIEGO, Mar. 2002. 36 p. (Available: <http://www.reproline.jhu.edu/english/6read/6p1/tol/index.htm> Accessed June 4, 2002)
133. PRIME II. India: Multiple strategies in Uttar Pradesh. <http://www.prime2.org/india.shtml>. PRIME, April 5, 2002.
134. QUESADA, N. and NOGUERA, M. PLM technical assistance record [Dominican Republic]. John Snow, Mar. 2000. 2 p.
- *135. REPRODUCTIVE AND CHILD HEALTH SECTION, MINISTRY OF HEALTH, UNITED REPUBLIC OF TANZANIA. Report on performance needs assessment of Zonal Training Centre capacity to implement the reproductive and child health program in Tanzania. [draft]. Dar es Salaam, Ministry of Health, United Republic of Tanzania, Jan. 2001. 88 p.
136. REPRODUCTIVE AND CHILD HEALTH SECTION, MINISTRY OF HEALTH, UNITED REPUBLIC OF TANZANIA. Tanzania Performance Improvement initiative: Assessment of community perceptions of quality health services. Preliminary Report. Baltimore, Johns Hopkins University, Center for Communication Programs, Feb. 21, 2001. 19 p.
137. RIFKIN, H. Performance feedback: Getting past avoidance in the quest for excellence. Insights: Quarterly Newsletter of ACEC/MA (American Council of Engineering Companies of Massachusetts), May/June 1999. (Available: <http://www.engineers.org/acec-mar/rifkin.html> Accessed June 5, 2001)
138. ROGERS, E.M. Diffusion of innovations. 4th ed. New York, Free Press, 1995. 519 p.
139. ROSENBERG, M.J. The origins and evolution of the field. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 24-46.
140. ROSSETT, A. Analysis for human performance technology. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 139-162.
141. RUDY, S. (Intrah/PRIME) [Advantages and applications of the PI process] Personal communication, Mar. 23, 2001; Feb. 25, 2002.
- *142. RUMMLER, G.A., and BRACHE, A.P. Improving performance: How to manage the white space on the organization chart. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 226 p.
143. SAFFITZ, G. (Johns Hopkins Center for Communication Programs) [Performance improvement] Personal communication, Mar. 19, 2001.
144. SANCHEZ, C.M. Performance improvement in international environments: Designing individual performance interventions to fit national cultures. Performance Improvement Quarterly, Vol. 13 No. 2, 2000. p. 56-70. (Available: <http://www.ispi.org/pdf/PIQVol13_02_Sanchez.pdf> Accessed Sep. 9, 2001)
145. SANTILLAN, D., and FIGUEROA, M.E. Implementing a client feedback system to improve the quality of NGO healthcare services in Peru. Bethesda, Maryland, Center for Human Services/Quality Assurance Project, 2001. (Operations Research Results No. 2) 15 p.
146. SENENAYAKE, P. (IPPF) [IPPF wall chart] Personal communication, Mar. 5, 2002.
147. SENGE, P., KLEINER, A., ROBERTS, C., ROSS, R., ROTH, G., and SMITH, B. The dance of change: The challenges to sustaining momentum in learning organizations. New York, Doubleday, 596 p.
148. SHELTON, J. The provider perspective: Human after all. International Family Planning Perspectives 27(3): 152-153. 161. Sep. 2001.
149. STANBACK, J., GRIFFEY BRECHIN, S.J., LYNAM, P., TOROITICH-RUTO, C., SMITH, T., KUYOH, M., WELSH, M., CUMMINGS, S., CUTHBERTSON, C., BRATT, J., HOMAN, R., TOROITICH, N., GACHUHI, N., CHIKAMATA, D., SUELLEN, M., HASSAN, D., MAKUMI, D., GITONGA, J., and QURESHI, Z. The effectiveness of national dissemination of updated reproductive health/family planning guidelines in Kenya. Durham, North Carolina, Family Health International, Aug. 2001. 19 p.
150. STOLOVITCH, H., and KEEPS, E. Implementation phase: Performance Improvement interventions. In: Robinson, D.G., and Robinson, J.C. Moving from training to performance: A practical guidebook. Alexandria, Virginia San Francisco, California, American Society for Training and Development Berrett-Koehler Publishers, Inc., p. 95-133.
- *151. STOLOVITCH, H., and KEEPS, E. What Is Human Performance Technology? In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 3-23.
152. SULLIVAN, R.L. The competency-based approach to training. Baltimore, Maryland, JHPIEGO, Sep. 1995. (Strategy paper No. 1) 9 p.
153. SULLIVAN, R.L. Performance feedback to improve worker performance. PI-L listserv. Posted to the PI-L e-mail listserv May 30, 2001. (Available: <http://community.jhpiego.jhu.edu/archives/pi-l.html> Accessed May 30, 2001)
154. TAMBERG, A. (JHPIEGO) [Performance Improvement in the Central Asian Republics] Personal communication, May 18, 2001.
155. THIAGARAJAN, S., ESTES, F., and KEMMERER, F.N. Designing compensation systems to motivate performance improvement. In: Stolovitch, H., and Keeps, E. Handbook of Human Performance Technology. 2nd ed. San Francisco, Jossey-Bass/Pfeiffer, 1999. p. 411-429.
156. TIAHRT, T. Population Assistance Legislation: Omnibus Appropriations for FY 1999. H.R. 4328, U.S. House of Representatives, 105th Cong. 2nd Sess. Oct. 21, 1998.
157. UREÑA, D., and HERASME, L. Grupos focales y entrevistas a profundidad, IDSS: Incentivos No-Financieros (no incluye aumento de salario) [Focus groups and interviews in depth, IDSS: Nonfinancial incentives (not including salary increase)]. [manuscript]. Santo Domingo, Intrah/PRIME, Apr. 1999. 4 p.
158. US AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). Voluntary participation and informed choice in family planning. <http://www.usaid.gov/pop_health/pop/tahtpolicy.html#box>. USAID, Sep. 11, 2001.
- *159. VAN TIEM, D.M., MOSELEY, J.L., and DESSINGER, J.C. Fundamentals of performance technology: A guide to improving people, process, and performance. Washington, D.C., International Society for Performance Improvement, 228 p.
160. WILLEY, C., LAFORGE, R., BLAIS, L., PALLONEN, U., PROCHASKA, J., and BOTELHO, R. Public health and the science of behavior change. Current Issues in Public Health 2(1): 18-25. Jan. 1996.
161. WINTER, L., BOUCAR, M., STINSON, W., MASON, D., and MURPHY, G. Niger country report: Tahoua project. Bethesda, Maryland, Center for Human Services, Quality Assurance Project, 1997. 28 p.
162. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Implementing best practices in reproductive health. [brochure]. Geneva, WHO, 2002. 8 p.
163. YOUNG, C.F. (Quality Assurance Project) [Saving mothers and newborns: Improving the quality of obstetric and neonatal care in rural Nicaragua] Personal communication, Feb. 22, 2001.
164. YUMKELLA, F. FPAK/PRIME performance improvement stakeholder's meeting. [report]. Nairobi, Intrah/PRIME II, May 11, 2001. 9 p.
165. YUMKELLA, F. (Intrah/PRIME II) [Performance improvement in Kenya and Tanzania] Personal communication, June 22, 2001, Jul. 10, 2001.

ADDENDA

166. GORMLEY, W., and MCCAFFERY, J. Case studies and role plays: "Getting them right". [PowerPoint presentation]. Presented at the Training: Best practices, lessons learned and future directions conference, Washington, D.C., May 22-23, 2002. 16 p.
167. GUSSIN, G. A comparison of four e-learning modalities. [PowerPoint presentation]. Presented at the Training: Best practices, lessons learned and future directions conference, Washington, D.C., May 22-23, 2002. 15 p.
168. LYNAM, P., and PLEAH, T. Using on-the-job training for expansion of postabortion care services [PowerPoint presentation]. Presented at the Training: Best practices, lessons learned and future directions conference, Washington, D.C., May 22-23, 2002. 16 p.
169. RAWLINS, B., GARRISON, K., LYNAM, P., SCHNELL, E., CAIOLA, N., and GRIFFEY BRECHIN, S.J. Focusing on what works: A study of high-performing healthcare facilities in Kenya. Baltimore, JHPIEGO, May 2001. 17 p.
170. RUDY, S. Designing counseling training that works. Presented at the Training: Best practices, lessons learned and future directions conference, Washington, D.C., May 22-23, 2002. 14 p.
171. SCHAEFFER, L., WYSS, S., and ÖZEK, B. Strengthening preservice education: A systematic approach and lessons learned [PowerPoint presentation]. Presented at the Training: Best practices, lessons learned and future directions conference, Washington, D.C., May 22-23, 2002. 15 p.